N° 36

DE LA DÉCHIRURE

DU

COL DE LA MATRICE

DE SON ROLE PATHOGÉNIQUE

ET DE SON TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 3 AOUT 1885

PAR

Louis COT

Né à Bédarieux

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES

Rues Durand et Levat

1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... DOYEN
GRASSET..... } ASSESSEURS
LANNEGRACE..... }

PROFESSEURS

Clinique médicale	DUPRÉ (✻ C. ✠).
Anatomie	BENOIT (✻ ✠).
Clinique médicale	COMBAL (✻ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER (✻).
Physique médicale	MOITESSIER (✻).
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON (✻ ✠).
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale Chargé du cours,	SERRE.
Opérations et appareils id.	CHALOT.
Pathologie externe	N...

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✠).
Professeurs honoraires : MARTINS (O. ✻), COURTY (✻), DUMAS (✻).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✻).

AGRÉGÉS

MESSIEURS	MESSIEURS
JACQUEMET.	MOSSÉ (✻).
GRYNFELTT.	REGIMBEAU (✻).
DE GIRARD.	TÉDENAT.
SERRE.	BLAISE
CARRIEU.	BAUMEL.
MAIRET.	VILLE
CHALOT.	GRANEL.
BIMAR.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DUMAS, *Président;*
SERRE, *Professeur;*
GRYNFELTT } *Agrégés.*
JACQUEMET }

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A mon frère le docteur Arthur COT

MÉDECIN AIDE-MAJOR

A ma sœur Marie COT

L. COT.

A M. le professeur agrégé TÉDENAT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le professeur DUMAS

Merci de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail !

A mon ami Raoul de MARICHARD

LICENCIÉ EN DROIT

L. COT.

INTRODUCTION

C'est en 1869 que Thomas Addis Emmet (de New-York) appela l'attention sur la fréquence de la déchirure du col de la matrice pendant l'accouchement et sur ses conséquences immédiates et éloignées (1). Il proposa en même temps un mode de traitement qui lui avait donné d'excellents résultats depuis 1862, époque à laquelle il l'avait appliqué pour la première fois. Pour lui, un grand nombre d'affections utérines étaient dues à la persistance de la lacération du col de l'utérus. Traiter chacune d'elles en particulier, c'était faire de la médecine palliative; une opération ayant pour but d'amener la cicatrisation de la déchirure était le seul mode de traitement véritablement rationnel.

Cette opération consistait dans l'avivement des bords d'une lacération ancienne et leur rapprochement au moyen de sutures. Cette méthode n'attira que peu ou point l'attention du monde médical, et, dans le pays même où elle avait pris naissance, le silence était complet autour d'elle. Mais en 1874, après une nouvelle communication d'Emmet (2), sur le même sujet devant la *Medical society of county of New-York*, Marion Sims prit la parole pour remercier et féliciter

(1) The Amer. journ. of obstetrics, 1869.

(2) Emmet. Laceration of the cervix uteri as a frequent and unrecognized cause of disease.

l'auteur, et, sur sa proposition, la société lui vota des remercîments.

Dès ce jour, chaque gynécologiste américain voulut pratiquer l'opération plastique du col. Un grand nombre de mémoires et de revues furent publiés sur ce sujet. On fit, en Amérique, un accueil enthousiaste à la découverte d'Emmet ; on alla même jusqu'à la proclamer le plus grand progrès de la chirurgie gynécologique contemporaine.

On fut beaucoup plus réservé en Europe ; quoique bien étudiée et bien connue, cette opération n'eut que très peu d'adeptes en France, en Angleterre et en Allemagne. Et tandis que les cas de trachélorrhaphie se chiffraient par milliers en Amérique en 1884, « à peine en réunissait-on une vingtaine de cas dans la littérature médicale européenne. (Eustache.) »

« Aujourd'hui cependant, dit le Dr Hugues Wells (1), les vues d'Emmet et les bienfaits de son opération ont gagné beaucoup de partisans. » En Angleterre et en Allemagne, elles ont acquis droit de cité. « Seuls les Français, ajoute le même auteur, paraissent les juger indignes d'être commentées, ne faisant pas la moindre mention de ce sujet dans l'ouvrage le plus récent et le meilleur de gynécologie (Courty, 1883). » Cette assertion du médecin américain est exagérée, car, s'il est vrai que le dernier ouvrage de gynécologie ne consacre pas un chapitre spécial à la déchirure du col, il est vrai aussi que dans ces dernières années un bon nombre de monographies, mémoires et articles de journaux ont été publiés en France sur ce sujet.

Admis à le suivre par M. le professeur agrégé Tédenat, j'ai pu observer dans sa clientèle privée quelques cas de déchirure du col de la matrice. Dès lors j'ai étudié la question, et je me suis proposé d'en faire le sujet de ma Thèse, espérant, sinon

(1) Hugues Wells. Amer. journ. of obstetrics, 1884.

présenter des résultats absolument nouveaux, du moins condenser en quelques pages ce qui a été publié sur cette question si intéressante.

Je suis heureux de l'occasion qui me permet de remercier publiquement mon Maître sympathique M. Tédenat, qui a bien voulu m'aider de ses conseils éclairés. Je n'oublierai pas non plus mon ami François Boissier, qui, avec sa bonne grâce habituelle, a eu l'obligeance de faciliter mes recherches bibliographiques dans la littérature médicale étrangère.

J'étudierai d'abord les conditions dans lesquelles se produit la déchirure du col utérin, sa fréquence, son étendue, son siège, ses causes, puis les conséquences immédiates et plus ou moins éloignées de cette lésion ; enfin je décrirai la symptomatologie, et je tâcherai de fixer un traitement basé sur les indications.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544308_0084

DE LA DÉCHIRURE
DU COL DE LA MATRICE

DE SON ROLE PATHOGÉNIQUE

ET DE SON TRAITEMENT

CHAPITRE PREMIER

DE LA DÉCHIRURE DU COL UTÉRIN

Je ne m'occuperai que de la déchirure produite accidentellement pendant l'accouchement et non des incisions pratiquées sur le col pour mettre fin aux troubles causés par une atrésie cervicale. Ces dernières, en effet, grâce à la vitalité du tiss. utérin, se cicatrisent spontanément sans amener de troubles appréciables de la santé.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur l'art des accouchements admettent que le col est toujours plus ou moins déchiré dans une première parturition ; qu'il l'est aussi le plus habituellement dans les suivantes. Le passage du

fœtus à travers le canal génital détermine, par suite de la distension excessive qui se produit, toute une série de déchirures et d'éraillures plus ou moins profondes, plus ou moins étendues. Le docteur Hugues Wells (1) (de New-York), a montré par des chiffres la fréquence des déchirures du col :

					Moyenne :
Sur 500 femmes,	Emmet a trouvé	164	lacérations,	32,8	0/0.
— 930 —	Mundé —	293	—	31,5	—
— 450 —	W.-H. Baker	135	—	29,6	—
— 395 —	F.-H. Davenport	139	—	31,1	—
2.271		731		32,0	0/0.

C'est-à-dire que sur deux mille deux cent quatre-vingt-une femmes ayant accouché, sept cent trente et une, soit le tiers, présentent une ou plusieurs déchirures du col.

Le Dr P.-J. Murphy (2), chef du service des femmes au Columbia Hospital, à Washington, a fait prendre par son chef de clinique, le Dr Johnson, la statistique suivante, depuis le 15 mai 1882 jusqu'au 20 mars 1884 : sur cent soixante quinze accouchées examinées après un travail normal dans les trois semaines qui suivirent la délivrance, quatre-vingt quatre avaient le col intact et quatre-vingt onze avaient des déchirures du col bien marquées, plus ou moins étendues.

Le Dr A. Pallen (3) a trouvé deux cents cas de déchirures du col de la matrice sur neuf cents malades ayant eu des accouchements et examinées pour des affections génitales à

(1) H. Wells. The possible dangers immediate and remote of trachelorrhaphy. The Amer. journ. of obstetrics, 1884.

(2) Murphy. Effect of trachelorrhaphy on fertility and parturition. The Amer. journ. of obstetrics, 1884.

(3) A. Pallen. Congrès médical intern. de Londres. Archives de tocologie, 1881.

son hôpital de New-York. Simpson a dit qu'il existe presque toujours un certain degré de lacération chez les femmes après la délivrance, qu'elles aient été assistées ou non pendant leurs couches. Enfin, Gaillard Thomas (1) admet qu'un certain degré de déchirure dans l'extrémité vaginale de l'utérus est la règle après un premier accouchement.

Toutes les déchirures du col n'ont pas la même étendue ; celle-ci peut varier depuis la simple échancrure des bords du museau de tanche n'intéressant que la muqueuse et les tissus sous-jacents, jusqu'à la section complète du col s'étendant jusqu'aux culs-de-sac vaginaux. Entre ces deux extrêmes, on peut classer toute une série de lacérations plus ou moins graves, selon leur plus ou moins grande profondeur. Les simples échancrures sont la règle dans un premier accouchement ; les déchirures intéressant tous les tissus du col sur une étendue de 2 à 3 centimètres, quoique plus rares que les précédentes, présentent cependant un certain degré de fréquence ; quant à celles qui s'étendent jusqu'aux culs-de-sac vaginaux et au tissu du corps utérin, elles sont heureusement exceptionnelles.

Les déchirures peuvent siéger sur n'importe quel point du col utérin ; mais les statistiques montrent qu'elles se produisent sur certains points plutôt que sur certains autres.

Voici un tableau qui montrera la fréquence des lacérations relativement au siège (2) :

Auteurs	Total des déchirures	Gauches	Droites	Bilatérales	Ant.	Post.	Trans.	Inconnues
Emmet....	164	67	23	50	»	4	11	9
Mundé ...	119	7	17	92	1	2	»	»
Hardon..	19	9	2	8	»	»	»	
Baker	20	14	6	»	»	»	»	

(1) G. Thomas. Annales de gynécologie, 1881.

(2) Fage. Thèse de Paris.

On voit d'après ce tableau qu'en ne tenant pas compte de la statistique d'Emmet, dont on ne peut s'expliquer les résultats, la déchirure à gauche est plus fréquente qu'à droite, qu'elle est même deux fois plus fréquente en prenant la moyenne des chiffres.

Mais, comme le fait judicieusement observer M. Tédenat (1), ces statistiques ont le tort de renfermer presque uniquement des cas de ruptures anciennes n'ayant pas été suivies de réparation, de négliger celles qui se sont cicatrisées, et par suite ne traduisent pas la réalité des faits. Il a essayé lui-même de combler cette lacune pendant son internat à la maternité de l'hôpital de la Charité de Lyon, et voici les résultats auxquels il est arrrivé :

Fem. examin.	Tot. des déchirures	Gauches	Droites	Bilat.	Ant.	Post.
124	106	62	18	22	4	1

La présentation occipito-iliaque gauche antérieure a été notée cent deux fois ; l'occipito-iliaque droite postérieure, cinq fois ; la sacro-iliaque gauche antérieure, deux fois. Le forceps a été appliqué trois fois au détroit supérieur. Dans un cas, il se produisit une déchirure médiane antérieure ; dans un autre cas, il y eut à la fois déchirure légère de la lèvre postérieure et déchirure commissurale gauche.

Il est donc établi que les déchirures du côté gauche sont de beaucoup les plus fréquentes ; puis l'on observe par ordre de fréquence celles qui intéressent les deux côtes à la fois, le côté droit, la lèvre antérieure et la lèvre postérieure. Cette régularité dans la production des lacérations du col utérin montre bien qu'elles ne sont pas le fait du hasard, mais qu'on doit plutôt

(1) Tédenat. De la Déchirure du col de la matrice, Montpellier, 1883.

les ranger parmi les événements qui proviennent de conditions parfaitement déterminées.

En général, c'est l'extrémité céphalique du fœtus qui, traversant avec une certaine violence le canal cervical non suffisamment élargi, provoque la déchirure. Si la tête fœtale était ronde, la pression exercée par celle-ci sur le pourtour de l'orifice cervical serait la même partout, et si une déchirure devait avoir lieu, elle se produirait aux points de moindre résistance ; mais la tête est ovale, toutes les parties de la circonférence ne supportent pas une égale pression, et le col utérin éclate aux points soumis à la pression maximum.

« De là, dit M. Tédenat (1), la grande variété qu'offrent les déchirures, quant à leur étendue, quant à leur nombre, quant à leur siège. » La fréquence de la déchirure à gauche est évidemment en rapport avec la prédominance des présentations O. I. G. A.

Quelques auteurs, Mac. Clinton et Duncan (2), s'expliquent cette prédominance de la lésion pour le côté gauche par la déviation de droite à gauche du canal utéro-vaginal pendant la grossesse ; mais la plupart des observateurs considèrent comme cause déterminante du siège du traumatisme la position de l'occiput avant la rotation interne de la tête. Celle-ci pouvant s'engager dans tous les diamètres, on comprend pourquoi l'on peut rencontrer des déchirures partout.

Un grand nombre de causes ont une action prépondérante dans la production des lacérations du col pendant l'accouchement. Ces causes, très bien décrites par les docteurs Wylie (3)

(1) Tédenat. Loc. cit.

(2) Duncan. Sur le mécanisme de l'accouch. normal et pathol. Trad. Budin, Paris, 1876.

(3) Observations on the Laceration of the cervix uteri. By Gill Wylie. The amer. journ. of obstetrics, 1882.

et Ely Van de Warker (1), de New-York, sont vitales ou mécaniques. Voici, d'après le Dr Wylie, les conditions pathologiques qui favorisent les déchirures :

1° La malformation ou le développement anormal du col de l'utérus dans sa portion soit sous-vaginale, soit sus-vaginale ;

2° Les déviations du col ;

3° L'induration ou la perte de substance du col ;

4° Les maladies de la membrane muqueuse ou des autres parties de la paroi cervicale (endométrite cervicale, dégénérescence cancéreuse, etc.) ;

5° L'induration et la rétraction des ligaments attachés au col ;

6° Les difformités du bassin ou les tumeurs qui déplacent le col.

A ces conditions Van de Warker ajoute : la dégénérescence progressive des tissus due à des accouchements répétés, l'œdème de la partie vaginale du col se produisant au début du travail, et l'infiltration œdémateuse liée à une lésion cardiaque.

Quant aux causes immédiates, d'origine purement mécanique, qui tendent à déchirer le canal pendant le travail de la parturition, lorsque le col est sain, ce sont, d'après Wylie et Van de Warker :

Les avortements et les accouchements prématurés ; un travail rapide dans lequel la partie qui se présente dilate rapidement le col ; la rupture prématurée des membranes ; un travail à sec lorsque le liquide est très peu abondant ; un accouchement retardé ou prolongé ; l'application d'instruments ; les présentations anormales, spécialement celles où les mains interviennent ; une grosseur anormale du fœtus ou de la tête ;

(1) Laceration of the cervix uteri by Ely Van de Warker. The Amer. journ. of obstetrics, 1882.

le manque de rapport qui doit exister entre la distension circulaire du canal et son élongation ; l'amplitude excessive du détroit, ou bien un fœtus trop petit, permettant une expulsion trop soudaine ; l'adhérence du placenta ; l'administration d'ergot de seigle. Le col peut aussi être mis en danger par l'inertie primitive de l'utérus, par l'irrégularité des contractions utérines, par des troubles dans la direction de la descente de la tête, causée par l'obliquité de l'utérus.

Je ne discuterai pas l'importance étiologique des causes pathologiques ; on comprend très bien qu'un col malade, au tissu hypertrophié ou dégénéré, dévié de sa position normale par des lésions voisines, ne puisse fournir l'extension nécessaire au passage de la tête fœtale. Mais je m'arrêterai un instant aux conditions mécaniques qui mettent le col de la matrice en danger, lorsque celui-ci se trouve à l'état physiologique.

Pendant tout le temps de la grossesse, le col subit des modifications qui ont pour but de ramollir ses parois et de rendre sa cavité plus large, afin de permettre, à l'heure de l'accouchement, le passage du fœtus. Que ce travail vienne à manquer ou à se faire incomplètement, et le col sera exposé à la déchirure.

Le docteur T.-A. Emmet assure que l'avortement criminel est très souvent accompagné de lacération du col. Tardieu (1) partage absolument le même avis. D'après le gynécologiste américain, cela tient à ce que, dans ces circonstances, l'expulsion prématurée de l'embryon est provoquée par la rupture des membranes. Or, qu'arrive-il ? Une partie plus ou moins dure, plus ou moins irrégulière du fœtus s'engage directement dans un col non préparé pour la dilatation ; les efforts destinés à retarder l'expulsion ne se font pas comme dans les autres

(1) Tardieu. Cité par Dervernine, thèse de Paris, 1879.

cas d'avortement ; la délivrance est alors hâtée, et le col utérin se trouve dans d'excellentes conditions pour être lacéré. Cependant, Gaillard Thomas (1) ne croit pas à cette importante particularité accordée par Emmet à l'accouchement criminel.

Dans un travail normal, la poche des eaux s'engage graduellement dans l'orifice interne du canal cervical; elle exerce autour d'elle des pressions uniformes et continues et favorise la dilation complète du col ; mais lorsque les membranes sont rompues trop tôt, une partie du fœtus plus ou moins irrégulière, plus ou moins rude, vient se mettre en contact avec le col et expose celui-ci à se rompre. De même, lorsque le travail est lent, les parties se dessèchent vite ; elles sont de bonne heure arides et gluantes, *dry and sticky*, dit le docteur Wylie ; elles rendent ainsi la déchirure probable. Ce sont ces mêmes raisons qui font que, dans les accouchements à sec et dans les cas où le liquide amniotique est en trop petite quantité pour former la poche des eaux et lubrifier les parties, il y a des chances pour que le col soit menacé.

Dans la parturition, le col de la matrice exige un certain temps pour devenir large et souple ; si le travail traîne en longueur, les tissus du col deviennent secs, œdémateux, et perdent leur aptitude à fournir une dilatation suffisante. Il arrive aussi, dans un grand nombre de cas, qu'un côté du col accroche la tête du fœtus et est repoussée en bas par celle-ci, pendant que l'autre côté glisse en haut ; dans ces conditions, une dilatation bien plus grande est nécessaire pour permettre à la tête de se dégager. Que si l'orifice cervical est incapable de fournir cette distension, le dégagement de l'extrémité céphalique ne pourra se faire qu'au prix d'une déchirure.

Les instruments, lorsqu'ils sont judicieusement et adroi-

(1) G. Thomas. De la Lacération du col de l'utérus (Annales de gynécologie, 1881).

tement appliqués, diminuent les chances de lacération en accélérant un travail qui menaçait d'être long. Mais, lorsqu'ils sont maladroitement appliqués sur le col, ou bien lorsqu'ils sont utilisés pour entraîner violemment et rapidement la tête hors du canal cervical dans le cas d'accouchement compliqué d'accident capable d'amener à brève échéance la mort de la mère ou de l'enfant (hémorrhagie, procidence du cordon), ils peuvent être la cause de graves déchirures. Ces quelques chiffres, empruntés à Baker (1), montrent la grande fréquence des lacérations du col se produisant à la suite d'applications d'instruments ; cet auteur cite vingt cas opérés par lui. Dans dix cas, l'accouchement avait été rapide ; dans six, le travail avait été long, et l'accouchement avait dû être achevé par des instruments.

Les présentations anormales qui engagent une partie irrégulière à l'orifice utérin, ou bien qui exigent une intervention manuelle, surtout lorsque les membranes sont prématurément rompues, sont souvent la cause de déchirures étendues.

Un médecin, John Ferguson (2), a fait des études comparatives au point de vue de la déchirure du col de la matrice pendant le travail chez les animaux et dans l'espèce humaine. Il a examiné deux cent quatre-vingt-sept animaux, dont :

15 brebis	1	déchirure
19 chiennes	0	—
35 chattes	1	—
200 vaches	3	—
5 juments	1	—
13 truies	0	—

(1) Baker. Lacer. of the cervix uteri as a cause of uterine disease. Boston medical aud surg. journ., 1877.

(2) J. Ferguson. De la déchirure du col de l'utérus pendant le travail. Médical News Philadelphia, 23 août 1884.

Sur deux cent quatre-vingt-sept cas, il n'a par conséquent constaté que six déchirures.

Dans l'espèce humaine :

1° Douze primipares, chez lesquelles le travail a été accéléré par l'emploi d'agents médicaux (ergot de seigle), dix cas de déchirure.

2° Vingt et une femmes accouchées avec le forceps ; dix-sept cas de déchirure ;

3° Vingt-neuf primipares, dont onze soignées par d'autres médecins, dix-huit par l'auteur ; chez ces vingt-neuf femmes le travail a été abandonné à la nature sans intervention médicale ou instrumentale ; un cas de déchirure.

Résultats : 33 avec intervention, — 27 déchirures.
— 29 avec travail naturel, — 1 déchirure.

L'auteur attribue donc la lésion du col a l'intervention et conseille de s'en abstenir, à moins de nécessité absolue.

Quelques gynécologistes, Baker et Munde, ont prétendu que la déchirure du col se rencontrait plus fréquemment chez les femmes de la classe pauvre que chez celles appartenant à la classe aisée. Si l'on consulte les statistiques, on s'aperçoit qu'elles viennent confirmer cette assertion. Quelle est la cause de ce fait ? Certainement les conditions dans lesquelles se produit la lacération du col sont les mêmes dans l'un et l'autre cas ; mais quelle différence dans les suites ! Tandis que la femme aisée reste dans son lit, dans le repos le plus complet, et est entourée des soins délicats qu'exige l'état d'une nouvelle accouchée, la femme appartenant à la classe pauvre se lève de bonne heure et travaille trop vite. De là une différence complète dans l'évolution de la déchirure : chez la première, celle-ci guérit, les deux lèvres se cicatrisent ; chez la seconde, au contraire, le travail d'involution ne se fait pas bien, il se produit autour de la déchirure des stases, des engorgements

utérins et péri-utérins, et le travail de réparation, au lieu d'aboutir à la réunion des tissus divisés, se termine par la cicatrisation isolée des lèvres de la plaie.

On pourrait croire, en lisant dans la littérature gynécologique américaine, le nombre très considérable de cas de lacération du col utérin ayant exigé une opération plastique, que les déchirures du col sont bien plus fréquentes dans le Nouveau-Monde qu'en Europe. J'ai trouvé une explication de ce fait dans un travail original du docteur Wylie (1), travail qui, du reste, a une grande valeur à d'autres points de vue.

« Il est reconnu, dit l'auteur américain, que dans ce pays plus que dans aucun état européen, les facultés intellectuelles sont généralement forcées de se développer aux dépens des forces physiques. Si cela est vrai, il faut que notre crâne devienne relativement plus grand que le bassin et cause ainsi plus de lacérations du col. »

Certes, je ne peux que féliciter le docteur Wylie de l'enthousiasme qu'il a pour les mœurs de son pays et de la flatteuse appréciation qu'il porte au sujet de ses compatriotes. Je lui accorde aussi que le niveau intellectuel est élevé en Amérique, mais je ne peux pas admettre avec lui, que dans aucun état européen on ne puisse, comme dans sa patrie, réaliser toutes les conditions capables de développer l'intelligence. Je ne sache pas qu'en France, pour ne prendre qu'un seul de ces états d'Europe, on soumette la jeunesse à un système d'éducation destiné à atrophier le cerveau au grand bénéfice du développement des muscles.

Du reste le Dr Wylie a l'air d'affirmer qu'il existe une relation étroite entre le volume du crâne et l'intelligence ; or ce fait n'est rien moins que prouvé, et les exemples ne sont pas rares d'hommes ayant donné, pendant leur vie, des

(1) Gil Wylie. Loc. cit.

preuves de la plus haute intelligence, posséder un cerveau inférieur à la moyenne au point de vue du poids et du volume. Les habitants du Nouveau-Monde peuvent être fort intelligents sans cependant avoir un crâne plus volumineux que les autres populations. Je ne pense donc pas qu'on puisse accepter comme cause de fréquence de la déchirure du col pendant l'accouchement la grosseur de la tête des Américains.

Je suis plutôt de l'avis du docteur Vulliet (1) (de Genève), qui pense que : « Chez nous les déchirures passent inaperçues parce que la plupart des médecins, ne sachant pas les reconnaître, donnent aux symptômes qu'elles occasionnent une autre interprétation. » Et il cite son propre exemple : avant de connaître les travaux de l'Ecole américaine sur la lacération du col,il n'avait jamais diagnostiqué un seul cas de cette lésion; mais après une connaissance complète des travaux d'Emmet, il a rencontré dans sa clientèle un grand nombre de ces affections.

Les gynécologistes américains reprochent peut-être avec raison aux médecins européens de ne pas employer dans toute leur rigueur les procédés d'investigation pour arriver au diagnostic des maladies utérines. Eux examinent au spéculum toutes les femmes chez lesquelles ils soupçonnent l'existence d'une affection de la matrice. Que de médecins chez nous soignent des métrites sans avoir jamais vu l'état des organes génitaux de leurs malades ! Un toucher vaginal rapide et la constatation de quelques symptômes(leucorrhée,douleurs lombaires, névralgies diverses, etc.), ont souvent suffi pour faire porter le diagnostic. Voilà peut-être une nouvelle cause pour laquelle les déchirures du col de l'utérus paraissent plus fréquentes en Amérique qu'en Europe.

(1) Douze cas d'opérat. de trachélorrhaphie, Vulliet, Arch. de tocologie, 1884.

Du reste, s'il est vrai qu'on observe plus souvent des lacérations du col aux Etats-Unis qu'en Europe, cela ne peut tenir qu'au climat ou au genre de vie qui rend les affections utérines plus communes. Ou bien encore, comme le croit le Dr A. Pallen (1), on doit en rechercher la cause dans ce fait qu'en Amérique, un grand nombre de praticiens exercent la médecine sans diplôme. Dans ce cas la déchirure du col n'est que la conséquence de manœuvres obstétricales mauvaises (*misérable obstetrics*).

(1) British med. journ., 1880. Compte-rendu de la réunion à Cambridge de la British med. association.

CHAPITRE II

DE L'ÉVOLUTION DE LA DÉCHIRURE DU COL DE LA MATRICE ET DE SON ROLE PATHOGÉNIQUE

Que deviendront toutes ces déchirures du col que je crois avoir démontré être si fréquentes pendant l'accouchement ? Elles sont bien loin d'avoir toutes la même évolution. Le plus grand nombre d'entre elles guérissent spontanément ; d'autres persistent sans causer de troubles notables de la santé ; d'autres enfin, loin de s'améliorer, tendent à provoquer toute une série d'accidents soit locaux, soit généraux.

Tous les gynécologistes admettent la possibilité de la guérison spontanée de la plupart des déchirures du col. Emmet dit que les petites déchirures, presque constantes dans un premier accouchement, ne laissent aucune trace, sauf une légère modification dans les dimensions et dans l'aspect du col, ce à quoi l'on peut distinguer une multipare d'une nullipare. Wing, Jacobi et Munde partagent la même opinion.

Le docteur Munde (1), après avoir donné une statistique

(1) La trachélorrhaphie ou opér. d'Emmet, par le docteur G. Eustache (de Lille). Arch. de toc., 1884.

d'après laquelle, sur trois mille quatre cents soixante-dix femmes examinées, il a trouvé un total de cinq cent soixante-sept lacérations du col, « estime que la moitié de ces déchirures ne donne suite à aucun inconvénient sérieux ; le quart guérit sous l'influence d'un traitement simplement palliatif ; parmi le quart restant, la première moitié pourra le plus souvent se dispenser d'opération, laquelle ne devient réellement indispensable que pour le dernier huitième, soit douze et demi pour cent.» Je ne m'occuperai, dans ma description, que de celles qui constituent la seconde moitié, c'est-à-dire de celles qui guérissent sous l'influence d'un traitement purement palliatif ou de celles qui sont justiciables d'une opération plastique.

Les déchirures du col de la matrice produites pendant l'acte de la parturition étaient connues bien avant le docteur Emmet, mais personne n'avait su leur donner leur véritable signification pathologique. Les traités classiques d'accouchement signalaient bien la lacération du col, sa fréquence, ses variétés; mais ils gardaient le silence le plus complet sur ce qui concerne l'évolution ultérieure du traumatisme, son retentissement sur l'utérus, les organes pelviens et la santé générale.

Un des ouvrages les plus riches en détails qu'il m'a été permis de consulter à ce sujet est celui de P. Duparcque (1). Cet auteur s'exprime en ces termes : « Lorsque les ruptures de l'utérus n'envahissent que l'orifice externe, comme dans le cas de scissures que nous avons indiqué, lors même que, s'étendant plus profondément vers le corps de la matrice, elles épargnent le péritoine et n'atteignent pas les artères utérines ; elles ne présentent dans ce cas aucun danger immédiat. Il est probable que cet accident est très commun et qu'on ne le remarque pas à cause de l'innocuité de ses suites. » Plus

(1) P. Duparcque. Maladies de la matrice, t. II. Des ruptures et des déchirures de l'utérus, 1839.

loin, l'auteur ajoute : « D'autres fois, les ruptures qui n'ont pas atteint le péritoine ni empêché la terminaison naturelle ou artificielle de l'accouchement deviennent causes d'inflammations, de suppurations, d'abcès sous-péritonéaux consécutifs. » Suivent trois observations de ruptures compliquées d'abcès péri-utérins.

Le Dr Villemin (1) semble, dans son travail sur la métrite puerpérale, avoir entrevu toute l'importance pathologique que l'Ecole américaine devait donner plus tard à la lacération du col. Il place en première ligne la déchirure du col comme cause de métrite puerpérale, et fait bien remarquer qu'avant lui personne ne l'avait formellement indiquée : « La déchirure de la commissure gauche des lèvres du col, dit-il, est un fait à peu près constant et qui semble peu préoccuper les accoucheurs. On conçoit, en effet, que cette lésion, quand elle est peu étendue, n'ait qu'une faible importance sous le rapport pathologique ; mais lorsqu'elle dépasse les limites ordinaires, lorsque huit, quinze jours, ou même un mois après l'accouchement, on constate encore une entaille profonde du col, cette lésion ne peut plus être d'une entière innocuité. »

Sur sept primipares atteintes de métrite, l'auteur a observé quatre fois la déchirure du col. Il décrit ensuite très bien la lésion : « Au huitième ou au dixième jour, dit-il, on trouve l'orifice utérin prolongé à gauche par une scissure qui mesure 1 à 2 centimètres et dirigée soit en haut et en avant, soit dans l'axe transversal de l'orifice, soit en bas, au-dessous de la commissure. L'entaille est parfois si profonde que le lambeau supérieur forme une valvule flottante au-devant du col. »

En 1851, Sir James Simpson (2) attira très longuement l'at-

(1) A. Villemin. De la Métrite puerpérale (Arch. gén. de médecine), novembre 1847.

(2) James Simpson. Cité par G. Thomas (Annales de gynécologie, 1881.)

tention des gynécologistes sur la déchirure du col utérin, démontrant « que souvent les lacérations du col de la matrice ne sont pas le résultat de troubles menstruels, qu'elles sont fréquentes après les premières couches, qu'elles peuvent être considérées comme signes certains que le travail de l'enfantement a eu lieu et qu'elles peuvent porter sur la totalité des tissus ou seulement atteindre la muqueuse de l'intérieur du col utérin. » Le docteur Gairdner attribue aussi à cette lésion un grand nombre d'états morbides, tels que l'hypertrophie du col, l'ulcération, le catarrhe utérin, la stérilité et l'avortement.

Roser (1) (de Marbourg) essaya le premier de rattacher à la déchirure du col la disposition particulière qui est caractérisée par le renversement, l'éversion des lèvres du col, dont la face interne devient externe, en sorte que la muqueuse intra-cervicale fait hernie à travers l'orifice externe et proémine dans le vagin. De plus, il ne se contenta pas de faire de la déchirure le point de départ de l'ectropion ; il en fit aussi la source de beaucoup de maladies utérines et péri-utérines.

Mais c'est à Emmet qu'appartient l'honneur d'avoir montré toute l'importance pathologique de cette lésion et d'avoir fourni des moyens pour y remédier ; c'est lui qui a classé d'une façon définitive dans le cadre nosologique la lacération du col en tant qu'entité morbide distincte, au même titre que l'antéversion et le cancer, et conçu l'opération destinée à la guérir. Dans son ouvrage *Principles and Practice of gynæcology*, 1879, le chapitre intitulé « *Lacerations of the cervix* » occupe une grande étendue. Il a été suivi dans cette voie, par les auteurs américains, de traités de maladies utérines. Cet exemple sera, selon toute probabilité, universellement imité par les gynécologistes. Déjà, en France, le Dr A. Lutaud a

(1) Roser, cité par le docteur G. Eustacte, de Lille (Arch. de toc., 1884).

consacré un long chapitre à la déchirure du col dans son *Précis des maladies des femmes*, 1883. « S'il en est ainsi, dit le Dr Eustache (1), le chapitre de la métrite chronique, cette partie si vague et si mal définie de la gynécologie moderne, y gagnera peut-être en simplicité et en précision.

Une déchirure profonde intéressant toute l'épaisseur du museau de tanche étant produite pendant l'accouchement, quelle va être son évolution ? Celle-ci dépendra de conditions multiples. Il faut d'abord remarquer que la lacération se produit sur un tissu atteint de dégénérescence graisseuse, congestionné et opérant le travail souvent si pénible de l'involution.

On comprend que le tissu utérin froissé, contus et dans des conditions de vitalité bien diminuées ne tende pas vers une cicatrisation rapide. A ces causes, il faut ajouter celles, soit locales, soit générales, qui retardent le retour de l'utérus à son état normal. Les hémorrhagies, le manque d'un repos suffisant, la reprise prématurée de la vie active, l'état général constitutionnel ; du côté des organes pelviens, les métrites, les paramétrites anciennes ayant amené l'immobilisation ou la déviation de l'utérus.

Si la déchirure est superficielle et doit guérir, il se forme au niveau de la plaie une cicatrice rouge, qui peu à peu se déprime, se décolore et constitue un signe indélébile de maternité. Si elle est profonde, la guérison spontanée est possible, mais rare. M. Tédenat (2) a vu se cicatriser par les seuls efforts de la nature des solutions de continuité ayant 2 centimètres de hauteur.

Dans la généralité des cas, les bords de la lacération, baignant dans le liquide des lochies et forcés de se séparer

(1) Eustache. Loc. cit.

(2) Tédenat. De la déchirure du col de la matrice, Montpellier 1883.

par le poids de l'utérus congestionné, se recouvrent séparément de gros bourgeons charnus de faible vitalité qui n'arrivent pas à une cicatrisation complète, tandis que dans l'angle supérieur de la déchirure se dépose une masse de tissu cicatriciel dur, qui plus tard sera la cause de nouveaux accidents.

Le col utérin restant divisé d'une façon notable, il en résulte des désordres que je diviserai en trois catégories, à l'exemple du docteur Vulliet (1) (de Genève).

1° Altérations morphologiques ;
2° Altérations inflammatoires ;
3° Altérations fonctionnelles.

1° ALTÉRATIONS MORPHOLOGIQUES

« L'orifice utérin, dit Vulliet, est comparable à l'orifice buccal. » Il possède, en effet, comme lui, une lèvre antérieure, une lèvre postérieure et deux commissures ; que le muscle orbiculaire qui le limite vienne à être sectionné en un ou plusieurs points, et la cavité cervicale ne sera plus fermée : les lèvres se sépareront et se mettront en éversion. C'est précisément ce qui arrive. Dès lors la muqueuse endo-trachélienne, délicate et tapissée par un épithélium cylindrique, se trouve exposée à toute sorte de frottements et d'injures. Elle devient malade dans un milieu où il faut un épithélium pavimenteux épais. Il se passe alors au niveaux du col ce qui se produit sur une paupière ectropiée. La muqueuse devient granuleuse, se vascularise et présente les symptômes d'une irritation chronique. Et de fait, la muqueuse endo-cervicale

(1) Vulliet. Arch. de Toc., 1884.

tuméfiée et comme bourgeonnante forme habituellement un prolapsus, un ectropion plus ou moins accentué. Elle saigne facilement et prend cet aspect particulier que l'on a souvent décrit sous le nom d'ulcération du col, et qui n'est, d'après Gaillard-Thomas, A. Pallen et un grand nombre de gynécologistes, qu'une abrasion épithéliale, une érosion.

Le col flasque et entr'ouvert dont les lèvres tuméfiées sont séparées par une déchirure remplit tout le fond du vagin et paraît hypertrophié. Emmet le compare à la tête d'un champignon dont la queue serait l'utérus. D'après Léopold Meyer (1), Emmet, dans son dernier *Traité de gynécologie*, donnait la théorie suivante pour expliquer l'éversion des lèvres du col après déchirure : « Quand les femmes relèvent de leurs couches, l'utérus, encore augmenté de volume, plonge davantage dans le petit bassin. Les lèvres, déchirées profondément et qui n'ont pas eu le temps de se réunir sous l'influence du poids de l'organe, tendent à s'écarter l'une de l'autre. Cette séparation des lèvres devient une source d'irritation qui empêche l'involution de l'utérus, entretient la congestion. Le volume et le poids de l'organe en sont encore augmentés, les lèvres s'écartent davantage et se renversent en dehors, mettant en rapport avec le vagin la cavité cervicale jusqu'au voisinage de l'orifice interne.» Aujourd'hui il aurait modifié ses idées, et il attribuerait l'écartement des lèvres de la plaie cervicale à la paramétrite, à l'infiltration et à l'induration du tissu cellulaire péri-utérin, se produisant nécessairement après une déchirure grave du col.

D'après Hegar et Kaltembach (2), quand la déchirure cervicale va jusqu'aux culs-de-sac et au delà, elle se continue avec

(1) L. Meyer. Des déchirures du col utérin et de l'opération d'Emmet. Arch. de Toc., 1883.

(2) Hegar et Kaltenbach. Die operative gynækologie, 1881.

une cicatrice paramétrique. Que l'utérus vienne à s'abaisser, et alors les lèvres se renverseront en dehors sous l'influence d'une traction exercée de toutes parts aux insertions vaginales. Gyll-Wylie (1) accorde une grande influence pathogénique à l'action des ligaments suspenseurs, qui tend à éloigner les surfaces déchirées lorsque la femme est debout et que l'utérus descend trop bas dans le vagin ; il cite aussi comme cause la dégénérescence kystique des glandes et des follicules du col, ainsi que l'augmentation de volume de l'extrémité cervicale de l'utérus due à la congestion, l'infiltration, l'hyperplasie de la muqueuse molle et vasculaire et du tissu connectif voisin de la déchirure·

2° ALTÉRATIONS INFLAMMATOIRES

La muqueuse ectropiée, ai-je dit, devient vaginale, et se trouvant trop délicate pour résister aux causes d'irritation (frottements, coït) auxquelles elle est sans cesse exposée, elle se vascularise et s'enflamme. Dès lors, tous ses éléments se modifient, ses cellules cylindriques se multiplient activement, les villosités sont hypertrophiées, chacune d'elles contient des vaisseaux capillaires, qui se distendent et saignent facilement.

On observe aussi la dégénérescence kystique du col, qui consiste dans une inflammation des follicules muqueux répandus sur la partie vaginale et même dans l'intérieur de la cavité cervicale. Ces follicules retiennent leurs produits de sécrétion et se présentent sous forme de vésicules de la grosseur d'un grain de millet. Le tissu cicatriciel qui s'est accumulé dans l'angle supérieur de la déchirure se rétracte, étrangle le col et

(1) Gill Wylie. Loc. cit.

gêne la circulation en retour ; d'où des stases sanguines qui empêchent le col de se dégorger et entretiennent un état permanent de subinvolution. Le col est recouvert d'une sécrétion muco-purulente ; au-dessous de cet enduit on aperçoit « la muqueuse végétante, mamelonnée, tantôt d'un gris luisant, tantôt d'un rouge vineux, selon qu'il y a plus ou moins de stase sanguine. Mais alors il n'y a plus simple endométrite cervicale ; il s'y est ajouté une hyperplasie aréolaire limitée au col ou généralisée à tout l'utérus (1). » Celle-ci s'observe souvent, si souvent même que Gaillard Thomas (2) ne craint pas de dire : « La déchirure du col qui met les parois délicates du canal cervical en contact avec le vagin est une cause si fréquente d'hyperplasie aréolaire, que je conseille de ne jamais négliger de rechercher cette complication, qui est souvent associée à la subinvolution utérine. »

Mais les phénomènes phlegmasiques ne se limitent pas au col ; « l'endométrite du corps se rencontre généralement à la suite des maladies inflammatoires du col et de sa cavité. L'inflammation chemine lentement à partir de l'orifice externe et franchit l'orifice interne pour arriver dans la cavité du corps. (Benett.) » Bien plus, le tissu péri-utérin est souvent lui-même envahi, et les organes contenus dans le bassin, qui ont des relations plus ou moins étroites avec l'utérus, sont le siège d'inflammations aiguës ou chroniques.

Cette inflammation débute habituellement par le système lymphatique ; au dire de Martineau (3), la lymphangite est constante dans la métrite du corps et du col ; elle peut provoquer à son tour une inflammation du tissu cellulaire, du

(1) Tédenat. Loc. cit.

(2) G. Thomas. Maladies des femmes, trad. A. Lutaud.

(3) Martineau. Leçons sur les affections de l'utérus et de ses annexes.

tissu séreux qui entourent l'utérus, et donner naissance à un phlegmon péri-utérin, à une péri-métrite, à un phlegmon du ligament large, à une pelvi-péritonite.

Déjà, en 1867, Noël Guéneau de Mussy (1) s'était efforcé de prouver que la déchirure du col de l'utérus est la cause efficiente du phlegmon du ligament large ; mais cela n'était qu'une hypothèse avant la découverte et la description des lymphatiques utérins. Comment comprendre, en effet, qu'un travail de réparation se produisant au niveau de l'orifice cervical déchiré puisse produire du pus dans le ligament large qui n'a pas été compris dans la déchirure? Mais aujourd'hui ce fait est explicable, grâce à la connaissance complète du système lymphatique utérin et péri-utérin, due aux beaux travaux de Lucas Championnière, Alph. Guérin, Martineau, J. Fiouppe, Fridolin et G. Léopold.

L'utérus présente des vaisseaux lymphatiques à un état de développement monstrueux, « dans une abondance à peine croyable (Lucas Championnière) » (2). « Ils sont si nombreux et si volumineux, dit Cruiksank, qu'on serait tenté de croire que la matrice n'est qu'un tissu de lymphatiques. » Ils naissent de trois couches, situées dans la muqueuse, dans le tissu musculaire et dans le tissu sous-séreux.

La couche muqueuse est constituée par des lacunes anastomosées, la couche musculaire par des vaisseaux accolés aux vaisseaux artériels et veineux, au nombre d'un ou deux pour chaque artère ou veine. Ils rampent vers les côtés de l'utérus et gagnent les ligaments larges. On en rencontre en grand nombre dans le tissu cellulaire qui enveloppe le col, dans cet intervalle sur lequel Gaillard Thomas et Courty attirent

(1) N. Guéneau de Mussy. Arch. gén. de médecine, 1867.

(2) Lucas Championnière. Les Lymphatiques utérins et leur rôle dans la pathologie utérine. Arch. de tocologie, 1875.

l'attention, et qui est situé entre les points de réflexion de la séreuse en haut et de la muqueuse vaginale en bas. C'est dans ce tissu cellulaire entourant le col à la façon d'une bague que G. Thomas et les autres auteurs avec lui placent le siège du phlegmon péri-utérin.

Dans les ligaments larges se trouvent de petits ganglions auxquels vont aboutir des vaisseaux. D'autres lymphatiques, ceux du corps de l'utérus, très volumineux, suivent le trajet des vaisseaux utéro-ovariens ; ils rampent sur le psoas, gagnent les ganglions sur les côtés de la colonne vertébrale. Lucas Championnière a pu les suivre quelquefois jusque sur les piliers du diaphragme lorsqu'ils étaient injectés de pus. Ceux du col aboutissent à des ganglions multiples parmi lesquels il faut signaler spécialement le ganglion de l'isthme, indiqué par cet auteur et situé sur le côté et en arrière du col, au-dessus du cul-de-sac vaginal latéral. Quelquefois de ce ganglion part une série d'autres ganglions plus petits, qui vont se perdre en dehors sur les parties latérales de l'excavation pelvienne. Ils aboutissent encore aux ganglions obturateurs sacrés et à un autre ganglion appelé pubien, post-pubien ou rétro-pubien, décrit depuis longtemps par Cruveilhier. Enfin d'autres lymphatiques volumineux sont en rapport avec les annexes, avec la trompe, avec l'ovaire. Peut-être ont-ils avec ces organes des connexions plus intimes.

« Il est tout naturel de penser, dit Lucas Championnière (1), que les gros vaisseaux peuvent amener l'inflammation des parties où ils se trouvent dans deux circonstances : lorsqu'ils s'enflamment et lorsqu'ils charrient des matières septiques. N'est-ce pas là ce que nous voyons tous les jours pour les membres où les vaisseaux sont infiniment moins nombreux et volumineux ?. »

Dans les cas de déchirure du col, les vaisseaux lympha-

(1) Lucas Championnière. Loc. cit.

tiques de cet organe réalisent très bien toutes les conditions pour devenir le siège d'une inflammation ; ils s'enflamment par le fait même du traumatisme ; de plus, les lèvres sanglantes de la plaie cervicale, baignant dans le liquide des lochies, liquide saturé de matières septiques, sont une excellente porte d'entrée pour tous les produits phlogogènes. La lymphangite du col apparaît et va transmettre l'inflammation à tous les organes avec lesquels ceux-ci sont en connexion. Le lymphatique sous-séreux contamine le péritoine. « Ou bien celui qui est le plus profond amène l'inflammation du tissu péri-utérin du ligament large, de la fosse iliaque, quelquefois au niveau de la région lombaire. (Lucas Championnière). » De même les ganglions lymphatiques s'enflamment, et avec eux le tissu cellulaire qui les entoure.

Ces ganglions ont été trouvés enflammés dans deux autopsies pratiquées par Alph. Guérin (1) ; Lucas Championnière a pratiqué de nombreuses autopsies dans lesquelles il a constaté qu'au milieu des points œdémateux, pus ou phlegmon péri-utérin, il existe toujours des lymphatiques enflammés et quelquefois des ganglions. Siredey (2) a observé, dans la masse d'un phlegmon du ligament large, un ganglion très volumineux.

Ces autopsies, dit Martineau, ont été faites, il est vrai, chez des femmes mortes à la suite de couches, mais elles ont leur valeur, puisqu'elles montrent que les tissus qui enveloppent les vaisseaux lymphatiques enflammés participent, eux aussi, à l'inflammation.

L'adéno-phlegmon du ligament large, l'adéno-pelvi-péritonite, l'ovarite et la salpingite ne sont donc que la consé-

(1) Alph. Guérin. Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme.

(2) Siredey. Cité par Martineau, loc. cit.

quence de l'adéno-lymphite, laquelle reconnaît pour cause la métrite. L'utérus est le centre pathologique du bassin ; c'est de lui que rayonnent les vaisseaux lymphatiques qui vont transporter l'inflammation à toutes ses annexes contenues dans l'excavation pelvienne.

Si la déchirure est récente, si ses bords sanglants permettent la pénétration des produits septiques qui s'échappent de l'utérus, on pourra observer des adéno-phlegmons aigus. Mais, plus tard, lorsque la plaie sera organisée et recouverte d'une membrane mince, granuleuse, lorsque surtout les conditions défavorables créées par la puerpéralite auront disparu, on observera plutôt des adéno-phlegmons subaigus ou chroniques, susceptibles de prendre un caractère d'acuité sous l'influence de causes quelquefois légères.

Telles sont les complications fréquentes qui aggravent la déchirure du col et rendent souvent le traitement difficile.

Ce sont ces inflammations pelviennes qui donnent l'explication de ce signe observé chez la plupart des malades atteintes de lacération du col ; je veux parler des déviations de l'axe de l'utérus. Celui-ci possède à l'état normal un axe fixe, parallèle à celui du détroit supérieur du bassin, axe dont il peut être physiologiquement dévié par une foule de causes (réplétion de la vessie, du rectum, pression des anses intestinales, etc.). Mais dès que la cause a cessé d'agir, l'utérus reprend sa direction primitive. Les ligaments qui le soutiennent lui permettent des mouvements relativement étendus. Il y a déviation de l'utérus lorsque celui-ci, immobilisé dans une situation anormale, ne peut plus reprendre son axe physiologique.

Le tissu cellulaire péri-utérin que traversent les vaisseaux lymphatiques pour se rendre dans les ligaments larges est généralement épaissi, infiltré, œdémateux et parfois le siège d'une suppuration abondante. Le péritoine voisin de ces

lymphatiques présente de fausses membranes, indice de l'inflammation péritonéale. Dans une première période on constate au toucher un peu d'empâtement dans les culs-de-sac latéraux ; on trouve les ganglions de l'isthme un peu tuméfiés. Le plus souvent le tissu cellulaire péri-utérin enflammé forme une tumeur en fer à cheval qui entoure un côté du col, au niveau de l'isthme ; cette tumeur peut se prolonger en avant vers les ganglions obturateurs, ou en arrière, ou en haut dans le ligament large. « On comprend très aisément, dit M. Tédenat (1), toutes les variétés et les modifications diverses qu'elles peuvent produire dans la position et la direction de l'utérus, qui est souvent repoussé du côté sain dans une première période (période de tuméfaction inflammatoire), puis attiré du côté malade quand le tissu phlegmasique se rétracte et se résorbe (période de résolution, de rétraction). »

Cette observation de M. Tédenat me paraît suffisante pour expliquer le désaccord qui existe entre les auteurs au sujet du sens de la déviation que le processus inflammatoire imprime à l'utérus. En effet, Alph. Guérin et Guéneau de Mussy affirment que le col est dévié du côté affecté ; Bernutz et Martineau soutiennent qu'il est repoussé du côté sain. Si les affirmations de ces observateurs sont diamétralement opposées, cela tient à ce qu'ils ont examiné l'utérus à des époques différentes de l'évolution phlegmasique. Fréquemment aussi on observera en même temps des déviations ou des flexions, antérieure ou postérieure selon que l'inflammation adéno-phlegmoneuse se sera étendue en avant ou en arrière.

(1) Tédenat. Loc. cit.

3° TROUBLES FONCTIONNELS

On conçoit aisément que la déchirure du col, par les altérations profondes qu'elle détermine sur l'utérus et ses annexes, devienne une cause puissante de stérilité. Le docteur Emmet discute la question dans son traité *Principles and pratice of gynœcology*, 1880 ; il adopte cette manière de voir.

Spiegelberg partage cette opinion. La fonction génitale se trouve menacée au double point de vue de la conception et de la gestation jusqu'au terme régulier.

Les névralgies du col de la matrice, si violentes que quelques auteurs les ont comparées aux douleurs de l'odontalgie (Berry Hart et Babour) (1), les hémorrhagies après le coït, signalées par Gaillard Thomas, mettent obstacle aux rapprochements sexuels et sont des causes puissantes de dyspareunie. De plus, l'ectropion de la muqueuse cervicale et l'écoulement leucorrhéique constant rendent l'accès de l'utérus difficile aux spermatozoïdes.

La tendance à l'avortement tient à ce que le segment inférieur de l'utérus, au lieu de se laisser distendre sous l'influence du développement de l'œuf, cède et le laisse échapper. Mais il est fort probable que les catarrhes de la muqueuse cervicale et de la muqueuse utérine qui accompagnent la lacération du col, ainsi que les déviations de la matrice, ont une action encore plus puissante sur l'expulsion prématurée de l'embryon. Au sujet d'une femme qui ne se plaignait de rien et qui était venue à sa clinique le consulter pour connaître la cause de cinq

(1) De la Lacération du col. Berry Hart et Babour. Ann. de gynécologie, 1883.

avortements successifs, Gaillard Thomas dit : « L'examen nous permet de trouver une cause importante d'avortement, cause encore peu mentionnée : c'est la déchirure étendue du col avec ectropion. On comprend qu'il puisse en être ainsi quand on songe que les nerfs de la région sont exposées à toute sorte d'irritations. Néanmoins, il est indubitable que des femmes arrivent à terme bien qu'elles aient de grandes déchirures. »

Comme on le voit, G. Thomas fait jouer un grand rôle à l'irritation nerveuse ; il est probable cependant que les congestions, les inflammations et les déviations de l'utérus, conséquences habituelles de la déchirure du col, ont une influence au moins aussi grande sur l'évolution de la grossesse.

« Indubitablement, dit Macdonald (d'Edimbourg), dans une de ses cliniques, les lésions du col prédisposent fortement à l'avortement. Celui-ci s'est produit souvent dans mes cas. D'après mes observations et celles rapportées par d'autres auteurs, je suis certain que des déchirures sérieuses du col n'amènent pas seulement la stérilité, mais prédisposent beaucoup à l'avortement dans le cas où la malade devient enceinte. »

Howitz (1), au contraire, pense que la lacération du col n'est pas une cause d'avortement. Sur soixante-seize malades qu'il a soignées, vingt-quatre ont avorté ; mais, chez trois, la grossesse étant presque à terme, on ne peut considérer cela comme avortement. Restent vingt et un cas ; sur ce nombre, on trouvait seize femmes avec des flexions utérines, et c'est à cette flexion qu'Howitz rattache l'avortement. Mais ne savons-nous pas que la déchirure est souvent cause de déplacements ou de déviations de l'utérus ?

Il est une complication de la lacération du col signalée par quelques auteurs et sur laquelle je désire m'arrêter un instant.

(1) Howitz, cité par Fage. Thèse de Paris, 1881.

L'inflammation chronique des surfaces épithéliales du col peut-elle être le point de départ de néoplasies épithélioma-teuses ? Emmet dit qu'il ne sera pas très rare de voir se développer une production maligne sur une déchirure datant de longtemps. Kaltenbach partage le même avis. Breisky pense que le frottement continuel contre les parois du vagin peut être le point de départ de la dégénérescence cancéreuse. Il présente l'observation de quatre cas dans lesquel il y avait coïncidence de la déchirure et du carcinome. Veit rapporte neuf cas de cancer du col ; trois de ces néoplasmes avaient leur point de départ dans les éléments glandulaires hypertrophiés. « Aucune région du corps, dit Gaillard Thomas (1), n'est plus susceptible d'être affectée de la dégénérescence épithéliale que l'utérus ; et, dans l'utérus, aucun point n'est plus susceptible d'être atteint par cette dégénérescence que les glandes qui se trouvent dans la muqueuse du col. Il est donc permis de supposer que l'éversion qui résulte de la lacération du col est une des causes excitantes de l'épithélioma. »

Quant au docteur W.-M. Goodell (2) de (Philadelphie), il est très affirmatif à ce sujet : « Il n'est pas douteux, dit-il, que les frottements continuels sur les surfaces éraillées d'une déchirure puissent produire une lésion maligne. Il est prouvé en effet depuis longtemps que très rarement ces lésions attaquent une vierge ou une femme stérile. D'autre part, plus une femme a eu d'enfants plus elle est exposée à avoir un cancer. De plus, une déchirure ancienne est souvent trouvée sur un col envahi par une tumeur maligne. » Agissant d'après cette

(1) G. Thomas. De la Lacération du col de l'utérus. Ann. de gynécologie, 1881.

(2) Goodell. One hundred and thirteen cases of operation, for laceration of the cirvix uteri, in the American journ., of obstetrics, janvier 1882.

croyance, il a opéré des cols lacérés sans qu'il existât des symptômes locaux ou constitutionnels, mais simplement parce qu'il y avait un cas de cancer dans la famille (*There was a history of cancer in the family*).

D'ailleurs on a vu très souvent l'épithélioma naître sur un vieux cautère, sur une cicatrice tiraillée et irritée, sur un vieil eczéma du sein, sur les fissures que le brûle-gueule détermine aux lèvres.

Malgré tous ces faits, je crois qu'il faut être réservé et se garder d'une affirmation un peu aventureuse ; la question est délicate, et pour se permettre une appréciation parfaitement catégorique, il est nécessaire qu'il existe un plus grand nombre d'observations concluantes. On se demande, en effet, comment il est possible que l'épithélioma du col soit si rare relativement aux lacérations, dont le nombre est très considérable.

En terminant ce chapitre, je désire dire un mot au sujet d'une complication assez fréquente de la déchirure du col de la matrice, complication à laquelle Emmet et d'autres gynéco logistes ont attribué une grande importance pathologique. Je veux parler de ces névralgies si vives, si persistantes et qui ont pour siège le col utérin, la matrice ou d'autres organes éloignés.

Emmet croit qu'elles sont causées par la constriction des filets nerveux par le tissu cicatriciel rétracté qui s'accumule dans l'angle supérieur de la plaie cervicale dans les cas de lacération du col. Il se produirait là ce qui se passe quelquefois au niveau des moignons des membres amputés. Ces névralgies peuvent être locales ; dans ce cas, lorsqu'on pratique le toucher, on arrive avec le doigt sur le siège de la déchirure, et là on développe une douleur excessivement vive. D'autres fois, elles revêtent la forme de douleurs névralgiques dans le bassin ou de névralgies sympathiques qui se produisent en d'autres endroits.

Ces dernières ne sont pas toujours faciles à diagnostiquer. Cependant elles trahissent assez souvent leur origine par leur façon de se produire ; ainsi, il n'est pas rare de les voir se manifester après une pression exercée sur le col, soit au moyen du doigt, soit au moyen d'une sonde ; il n'est pas rare non plus d'observer une exacerbation de ces douleurs à chaque époque menstruelle. Quelquefois, cependant, on en est réduit à porter le diagnostic par exclusion de toute autre cause.

D'après ses propres observations, le docteur W.-M. Goodell (1) est tout disposé à croire que la funeste influence sur le système nerveux du tissu cicatriciel dur et fibreux formé après une déchirure du col a été exagérée. Il accorde cependant volontiers que la stérilité est due, dans certains cas, à la présence de ce tissu. Il en a eu la preuve évidente chez une de ses malades qui devint enceinte immédiatement après l'opération dans laquelle il avait excisé le tissu de cicatrice. Le même auteur est prêt aussi à affirmer que des douleurs réflexes et des désordres viscéraux peuvent provenir de là ; mais il est porté à regarder ces résultats comme exceptionnels et à croire qu'une déchirure du col est trop souvent supposée être la cause première de maux de tête, de douleurs spinales, de douleurs lombaires et de diverses autres manifestations douloureuses qui sont dues, à son avis, à des épuisements nerveux, à des altérations nutritives des centres nerveux, bien plutôt qu'à des lésions traumatiques des nerfs périphériques.

En d'autre termes, ces névralgies constantes dépendent habituellement de lésions centrales et non de l'influence réflexe de lésions périphériques. « Mon expérience, ajoute Goodell, m'amènerait même à dire que pendant qu'une femme allaite son enfant et pendant que la menstruation est supprimée, elle

(1) W.-M. Goodell. The Amer. journ. of obstetrics, 1882.

peut ne pas ressentir les effets douloureux d'une déchirure du col même grave. Mais dès qu'elle cesse d'allaiter et dès que les congestions mensuelles recommencent, les symptômes constitutionnels et locaux ne tardent pas à se rétablir très exactement. »

Le médecin de Philadelphie a raison, je crois, lorsqu'il prétend qu'on ne doit pas mettre toutes les névralgies sur le compte du tissu cicatriciel, mais on aurait tort de nier l'influence de ce dernier dans bon nombre de cas. Il existe des faits signalés par Emmet et d'autres auteurs constatant que des névralgies intenses existant chez des femmes atteintes de déchirures du col avaient disparu après qu'on eut enlevé le tissu de cicatrice.

L'influence du système nerveux ne se manifeste pas seulement par des névralgies; le Dr Agathonoff (1) a cité le cas de deux femmes du service du professeur Slaviansky (de St-Pétersbourg) qui avaient présenté des convulsions épileptiformes après leur dernier accouchement, pendant lequel elles avaient eu le col déchiré.

Sutton (2) a rapporté un cas de convulsions cataleptiques. On pouvait faire naître à volonté les convulsions en pressant avec le doigt l'angle de la lacération, bien que toute autre manipulation faite sur le col fût impuissante à les produire. Elles se manifestaient spontanément plusieurs fois dans la journée. On obtint une guérison complete en excisant le tissu cicatriciel par l'opération d'Emmet.

Enfin, il est une dernière conséquence de la déchirure du col utérin sur laquelle les auteurs gardent le silence, et qui m'a été signalée par M. le professeur L. Dumas ; je veux parler des

(1) Agathonoff. Lacérations du col. Trachélorrhaphie d'Emmet. Ann. de gynécologie, 1883.

(2) Sutton. American gynecological transactions 1880.

hémorrhagies tardives se produisant après l'accouchement en dehors des époques menstruelles. Une première hémorrhagie a lieu au moment même de la production de la déchirure ; plus tard, vers le huitième, le quinzième, le vingtième jour, nouvelles pertes inquiétantes. Tel est le cas de la malade dont je rapporte l'observation. M. le Professeur L. Dumas pense que dans ce cas l'hémorrhagie doit être rapportée à la chute d'une eschare. Si la perte sanguine était peu abondante, on pourrait l'attribuer à la friabilité des gros bourgeons charnus, qui s'élèvent sur les lèvres de la déchirure ; mais une hémorrhagie si grave ne peut être due qu'à la lésion d'un gros vaisseau.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

La déchirure du col de la matrice et tous les états morbides qu'elle engendre se manifestent par une série de symptômes au moyen desquels il est facile de remonter à la cause. La description de ces signes fera l'objet de ce chapitre.

Le premier en date de ces symptômes, celui se manifestant au moment même de la production de la déchirure, c'est l'hémorrhagie. Celle-ci, le plus souvent légère et peu abondante, passe inaperçue. Cependant, dans les cas de déchirure profonde où l'artère circulaire du col a été intéressée, elle peut devenir inquiétante. Dans le rapport lu par A. Pallen (1) à la réunion à Cambridge de la *British medical association*, cet auteur pense qu'elle peut quelquefois devenir fatale. Quand elle est grave et persistante, il la traite par le tamponnement vaginal ; en même temps il excite la contractilité de l'utérus. Dans un cas où il n'avait pu parvenir à

(1) Of the treatment of the laceration of the Cervix uteri by Joseph Griffiths Swayne. In the obstetrical journal of great Britain and Ireland, 1880.

arrêter l'écoulement sanguin, il dut pratiquer la suture de la plaie cervicale bientôt après qu'elle venait de se produire, malgré les mauvaises conditions opératoires créées par la puerpéralité.

Dans cette même séance, le Dr Byrne (de Dublin), prétendait qu'il avait vu plus de cinq mille accouchements pendant qu'il avait résidé au Rotundal lying-in hospital, et n'avait jamais été témoin d'un seul cas dans lequel une hémorrhagie causée par une déchirure prît un caractère alarmant.

Quant à la douleur signalée par quelques auteurs, elle est légère et se confond avec les douleurs bien plus violentes provoquées par les contractions de l'utérus.

Mais généralement ce n'est que quelque temps après le travail de la parturition qu'il est permis de diagnostiquer une lacération du col. L'examen d'une nouvelle accouchée n'est pas chose facile ; les organes génitaux froissés, contus par le passage du fœtus, sont douloureux et permettent difficilement l'application du spéculum ; de plus, on est obligé de faire prendre à la malade une position qui la fatigue beaucoup. Il faut enfin la découvrir, et ce serait vraiment d'une très mauvaise pratique que de l'exposer à contracter des affections qui, grâce à son état, pourraient devenir rapidement mortelles.

Dans les mois qui suivront l'accouchement, la déchirure évoluera, et l'on verra se dérouler toute la chaîne d'états morbides que j'ai étudiés précédemment. Un examen physique par le toucher et le spéculum fera vite reconnaître la lésion ; mais, avant d'en arriver là, on pourra avoir de fortes présomptions rien que par l'histoire clinique de la malade racontée par elle-même. Celle-ci vient vous trouver ; sa santé générale est le plus souvent bonne ; elle vous dit que, depuis son dernier accouchement, qui a été long, mais naturel, ou bien qui a exigé des manœuvres obstétricales, application de forceps ou version, sa santé n'est pas redevenue ce qu'elle

était avant. Elle éprouve une sensation douloureuse à l'hypogastre, aux lombes, et des névralgies diverses ; ses digestions sont lentes, pénibles, accompagnées de régurgitations acides; le caractère s'est modifié, la malade n'a pas sa gaîté habituelle, elle est devenue triste, déprimée. Ses règles sont irrégulières, tantôt très abondantes, tantôt presque insignifiantes et indiquant leur existence seulement par une petite tache sur le linge ; elle a de la leucorrhée ; la marche, la danse, les cahots de la voiture ou les secousses de l'équitation amènent une recrudescence de ses maux. Alors, si vous pratiquez le toucher, vous rencontrez avec le doigt un col gros, hypertrophié, et quelquefois une fissure qui prolonge l'orifice cervical sur le côté et le rend plus étendu qu'à l'état normal.

J'étudierai ces signes accusés par la malade et, pour plus de clarté dans mon exposition, je les diviserai en deux catégories : 1° signes rationnels ; 2° signes physiques.

1° *Signes rationnels.* — En première ligne, je dois signaler les phénomènes douloureux. La malade souffre de névralgies soit locales, soit générales ; le siège de ces névralgies est le plus souvent le bassin ; la malade accuse une tension douloureuse à l'hypogastre, tension due probablement à la traction qu'exerce l'utérus augmenté de volume sur ses ligaments suspenseurs, plutôt qu'à la compression des filets nerveux par le tissu cicatriciel au niveau de la déchirure. Mais ces névralgies peuvent se manifester dans d'autres régions ; les douleurs lombaires sont presques constantes ; quelquefois elles s'irradient le long de la colonne vertébrale et produisent une rachialgie très incommode, d'autres fois enfin elles occupent le pli de l'aine, la cuisse, et peuvent envahir le membre inférieur tout entier. La marche et la fatigue exagèrent ces douleurs.

On observe en même temps des troubles dans les fonctions

de l'utérus ; les femmes atteintes de lacérations du col sont en général mal réglées ; chez les unes, il y a suppression des menstrues ; chez les autres elles persistent, et pendant les quatre ou cinq jours qui précèdent l'apparition du sang, les malades éprouvent des douleurs atroces. Marc Fage rapporte dans sa thèse l'observation de deux malades opérées, l'une par M. Tarnier, l'autre par M. Peyrot, qui présentaient ce phénomène à un haut degré d'intensité. Dans certains cas, l'hémorrhagie mensuelle est tellement abondante qu'elle peu mettre la vie de la malade en péril. Tel est le cas d'une des malades de Macdonald (d'Edimbourg) (observ. I). Ces ménorrhagies sont dues à l'état de congestion, de subinvolution de l'utérus, conséquence de la déchirure du col.

La leucorrhée liée à l'endométrite cervicale est constante entre les périodes cataméniales. Le liquide qui s'écoule de la cavité utérine est épais, visqueux, purulent. Il s'écoule parfois avec une extrême abondance. Une malade dont l'observation est décrite dans la thèse de M. Jacquelot (1) disait : « Si je ne me précautionnais pas comme pour mes règles, on pourrait suivre ma trace dans la rue. » Le liquide leucorrhéique est acide ; il n'est pas rare d'entendre les malades se plaindre de cuissons du vagin et d'observer en même temps de l'érythème de la vulve et de la partie supérieure des cuisses accompagné de prurit.

Je ne ferai que signaler les autres signes, sur lesquels j'ai insisté dans le chapitre précédent : ce sont, la stérilité, la dyspareunie, la névralgie du col et les hémorrhagies survenant après le coït.

Les fonctions digestives sont troublées ; les malades n'éprouvent plus le sentiment de la faim ; les gaz s'accumulent dans le tube digestif et produisent du tympanisme ; elles ont

(1) Jacquelot. Thèse de Paris, 1884.

des régurgitations acides, quelquefois des vomissements. La constipation est commune, mais on peut observer de la diarrhée causée par la pression de l'utérus augmenté de volume sur le rectum.

Ces symptômes persistants finissent par avoir à la longue un retentissement fâcheux sur la santé générale ; la nutrition se fait mal. Emmet (1874) va même jusqu'à dire : « La malade cesse de bonne heure d'être réglée, et il y a des craintes de voir la phthisie se développer chez elle. » Le système nerveux en éprouve aussi le contre-coup ; la malade, profondément découragée finit par être plongée dans une grande dépression morale. Mais l'affection nerveuse peut revêtir une autre forme. W.-M. Goodell parle d'une de ses clientes « dont l'esprit était exubérant au point d'être regardée comme malade et sur la limite de la folie hystérique ».

Le tableau que je viens de faire est certainement bien sombre ; mais heureusement il ne s'applique pas à tous les cas. Il ne faudrait certes pas croire que toutes les femmes qui ont une lacération du col doivent nécessairement éprouver tous ces maux. Il y a des cas très graves, de même qu'il y en a de très légers, se manifestant par un seul symptôme, la leucorrhée par exemple. Entre ces deux extrêmes, il y a place pour toute une série des cas intermédiaires.

2° *Signes physiques.* — Les signes physiques ne peuvent être constatés que par le toucher vaginal et l'examen au spéculum.

Dans un cas de déchirure, si l'on porte le doigt jusqu'au museau de tanche, on sent une dépression, une fente dans laquelle on peut enfoncer un peu l'index, à cause de l'écartement des lèvres. Le doigt suivant cette fente sent qu'elle se prolonge sur un ou deux côtés du col; il apprécie en même temps la direction, la profondeur de la déchirure et le niveau qu'elle atteint.

Il est encore permis, grâce au toucher, d'obtenir d'autres indications fort importantes; on peut en effet apprécier l'ectropion et sentir le renversement des lèvres. Le doigt porté au fond du vagin rencontre un col volumineux, plus gros qu'à l'état normal, remplissant le fond du canal vaginal, les parois du vagin étant appliqué contre lui. « Mais si, glissant le doigt entre elles et le col, on va à la recherche des culs-de-sac, on sent que ce gros col, diminue de volume. Un cône dont le sommet serait vers l'utérus et la base dans le vagin donnerait assez bien l'idée de la sensation que l'on éprouve » (Marc Fage).

Le col n'a pas sa consistance normale ; ou bien il est mou, ou bien il est anormalement dur et parsemé de nodules cicatriciels. Les glandes du col, hypertrophiées et ayant subi la dégénérescence kystiques, le présentent sous forme de vésicules de la grosseur d'un grain de chènevis, quelquefois assez nombreux pour que Goodell ait pu dans un cas comparer le museau de tanche à une grenade dépouillée de son enveloppe. Le doigt éprouve une sensation analogue à celle qu'il éprouverait s'il touchait une surface veloutée ou spongieuse. En pénétrant entre le museau de tanche et les parois du vagin, on se rend compte de l'état du ganglion de l'isthme et du degré de sensibilité du col.

Enfin si l'on allie le toucher vaginal à la palpation abdominale, on pourra découvrir les déplacements de l'utérus, les inflammations chroniques des ligaments larges, l'état des ovaires etc., en somme, le toucher est d'un grand secours dans le diagnostic de la déchirure du col utérin, mais je crois qu'il est bon, si l'on veut se rendre bien compte de l'état des parties, de compléter ces indications par l'examen au spéculum.

L'emploi du spéculum est nécessaire surtout pour apprécier l'étendue de l'ulcération, la quantité de muqueuse faisant hernie, et pour fixer les indications opératoires. Dans le cas

où l'on se décide à pratiquer la trachélorrhaphie, il montre l'étendue de la muqueuse sur laquelle on doit faire porter l'avivement. Parmi les nombreux spéculums dont on fait usage, quel est celui auquel on va donner la préférence ? D'abord, les spéculums cylindriques sont exclus comme impropres à cet examen. Les Américains et les Allemands emploient le spéculum de Sims, que Gaillard Thomas proclame le meilleur de tous. La femme est placée, non pas dans le décubitus dorsal, position défavorable, puisque dans ce cas l'utérus presse sur la paroi postérieure du vagin et s'oppose ainsi au rapprochement des deux lèvres ectropiées, mais dans la position dite de Sims. Dans cette situation, la malade repose sur le plan latéral gauche, le bassin étant un peu relevé ; le médecin introduit le spéculum de telle sorte que la convexité de la valve presse contre la paroi postérieure du vagin, tandis qu'un aide presse sur la paroi antérieure avec un rétracteur périnéal. Le col étant bien mis à découvert, le médecin fixe les deux lèvres du col avec un ténaculum ou des pinces-érignes ; puis, exerçant une légère traction, il amène les deux lèvres en éversion au contact. La muqueuse ectropiée se réduit et le col reprend ses dimensions normales. Ce procédé donne de bonnes indications, mais son application manque de simplicité ; elle exige la présence d'un aide.

En France, on préfère le spéculum bivalve, et spécialement celui de Cusco. Il permet au médecin de faire à lui seul la réduction de l'ectropion de la muqueuse. La malade est couchée sur le dos comme pour un examen ordinaire ; on introduit doucement le spéculum jusqu'au col ; arrivé à ce niveau, on écarte les valves et on les fait glisser entre les lèvres du col et les parois vaginales ; puis on rapproche un peu les valves, de façon à bien embrasser le col, et l'on retire délicatement l'instrument, après avoir toutefois arrêté l'écartement des valves au moyen de la vis. Les bords en éversion de l'orifice

cervical, rencontrant l'extrémité un peu recourbée du spéculum, sont entraînés par elle ; ils s'appliquent l'un contre l'autre et permettent au col de se reconstituer à son état normal. On se rend très bien compte alors de l'étendue exacte de la déchirure.

Je crois qu'on doit choisir de préférence le spéculum de Cusco, d'abord parce qu'il réunit toutes les conditions nécessaires à un examen très complet, ensuite parce que son application est d'une grande simplicité.

La déchirure du col peut dans certaines circonstances être confondue avec d'autres lésions et particulièrement avec la métrite chronique. Mundé a beaucoup insisté sur le diagnostic différentiel de la lacération du col et des autres affections qui lui ressemblent au point de vue des symptômes. La confusion ne sera pas de longue durée, si l'on a soin de pratiquer un examen consciencieux. La déchirure du col utérin et la métrite chronique présentent, il est vrai, plusieurs signes communs : l'hypertrophie du col, la dégénérescence granuleuse et kystique, l'ulcération, l'éversion de la muqueuse se rencontrent dans les deux affections. Mais tandis que dans la métrite chronique le col a un volume uniforme dans toute son étendue, dans la déchirure du col au contraire celui-ci semble diminuer de volume à mesure qu'il se rapproche du point d'insertion des parois vaginales. De plus, dans la métrite chronique, il est impossible de faire la réduction de la muqueuse ectropiée, quels que soient les instruments et les manœuvres que l'on emploie, et cela est très facile dans la lésion que j'étudie.

Dans un cas de lacération grave, lorsqu'on se trouve en présence d'un col gros, dur ou bien fongueux et saignant facilement on peut être incertain sur la nature du mal. Dans ce cas l'ichor cancéreux, les métrorrhagies et la cachexie peuvent fournir des indications suffisantes pour le diagnostic. En dernier ressort, le microscope trancherait la question.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Le diagnostic est bien posé, on se trouve en présence d'un col déchiré accompagné d'un cortège de complications plus ou moins complet. Quel est le traitement que l'on va entreprendre pour débarrasser la malade de sa lésion ? Avant Emmet, à une époque où on ne connaissait pas le rôle pathogénique de la déchirure du col, on appliquait à cette affection le traitement de la métrite chronique, repos, douches vaginales, astringents locaux, etc. ; mais lorsque ce médecin eut publié sa découverte, la thérapeutique gynécologique se trouva en possession d'un nouveau mode de traitement. Voici la première communication d'Emmet sur ce sujet :

« Le 28 novembre 1862, j'ai opéré une femme qui, pendant son accouchement, avait eu au col une déchirure double s'étendant jusqu'aux parois vaginales. J'avivai et je rapprochai au moyen de sutures avec le fil d'argent les lèvres de cette déchirure. J'étais aidé par le docteur Winston, à cette époque mon assistant, et en présence, je crois, du Dr Gaillard Thomas. Cette malade avait une hypertrophie de l'utérus compliquée d'une ulcération incurable sur le col, qui mesurait à peu près deux

pouces et demi de diamètre. Grâce à de grands soins, on avait vu, à diverses reprises, cette ulcération guérir, mais pour se reproduire bientôt, dès que la malade se livrait au moindre exercice. Les tissus étaient tellement ramollis, par suite de la dégénérescence utérine, qu'à première vue on ne pouvait reconnaître la véritable lésion. En pratiquant le toucher, je fus frappé par le volume du col comparé à celui du corps. Ces volumes étaient relativement comparables à ceux de la tête et de la queue d'un champignon. Ayant saisi avec une érigne chacune des lèvres, je fis, par une légère traction, rentrer dans le canal cervical les tissus qui étaient renversés en dehors. Après cette manœuvre, le col n'était guère plus volumineux qu'à l'état normal. Le traitement nécessaire s'imposa à mon esprit ; je conçus et fis l'opération dont je viens de parler ; le résultat fut la disparition complète de l'hypertrophie utérine et de l'ulcération du col. »

Il pratiqua un grand nombre d'opérations avant de rien publier, et ce n'est qu'en 1869 qu'il annonça les résultats obtenus. La gynécologie doit à Emmet la découverte des conséquences pathologiques de la lacération du col utérin et la conception de l'opération destinée à restaurer le col et à supprimer du même coup la déchirure, *fons et origo mali*.

Cette opération est peut-être la plus fréquemment pratiquée en Amérique parmi les opérations gynécologiques. Assez souvent utilisée en Angleterre et en Allemagne, elle l'est beaucoup plus rarement en France, où l'on en est encore à compter les observations. C'est le 24 août 1880 que M. Tarnier l'a exécutée chez nous pour la première fois ; depuis cette époque, elle a été pratiquée deux fois par M. Peyrot et deux fois par M. Marchand à la maternité de l'hôpital Cochin ; enfin, M. Tédenat a opéré la suture du col dans quatre cas. Toutes ces opérations ont été suivies d'un succès complet.

Voilà les seules observations qu'il m'a été permis de lire

dans les publications médicales françaises. Comme on le voit, l'opération d'Emmet, que l'on tend aujourd'hui à désigner sous le nom de trachélorrhaphie, est loin d'être courante en France ; et pourtant elle est d'une exécution assez facile, elle n'est pas dangereuse en elle-même, et les résultats qu'elle a donnés ont été, dans le plus grand nombre des cas, absolument satisfaisants. En somme, comme le dit Vulliet (de Genève), si les Américains ont raison, nous traitons la déchirure du col d'une façon illogique ; s'ils se trompent, ils sont aveuglés par un engouement qui dure bien longtemps. Conclusion : nous saurions tirer d'un petit nombre d'observations des déductions plus sages et plus vraies que celles auxquelles l'Ecole américaine est arrivée après une expérience de quinze années et portant sur plusieurs milliers de cas.

Il faut avouer qu'elle a été peut-être trop souvent pratiquée ; c'est une fatalité à laquelle ne peuvent échapper les innovations faites en médecine et en chirurgie d'être appliquées sans indications précises.

On se trouvait quelquefois en présence d'une vieille déchirure du col ayant amené des désordres irrémédiables dans tous les organes contenus dans le bassin ; on avait épuisé contre elle toutes les ressources de la thérapeutique sans résultat appréciable. On pratiquait alors la trachélorraphie avec une confiance aveugle, on croyait qu'elle allait à jamais débarrasser la malade de tous ces maux, et l'on obtenait un insuccès complet, quelquefois une complication de plus. J'ai trouvé des cas analogues dans les publications étrangères ; j'ai trouvé aussi le cas de ce médecin qui suturait tous les cols que son confrère d'une autre ville incisait pour guérir une inflamation utérine. Ce sont des faits de ce genre qui ont jeté un peu de discrédit sur cette opération ; mais elle n'en reste pas moins une acquisition thérapeutique d'une grande utilité quand elle est employée en temps opportun.

Car toutes les déchirures du col de la matrice ne sont pas justiciables du même traitement. On verra les unes disparaître sous l'influence d'un traitement simplement palliatif ; d'autres ne pourront guérir que par une intervention chirurgicale, et la suture du col, indiquée dans certains cas, sera contre-indiquée dans d'autres.

CONTRE-INDICATIONS

La plupart des chirurgiens sont d'accord pour ne pas opérer tant que l'état puerpéral n'a pas complètement cessé.

Les solutions de continuité de la lèvre antérieure ou de la lèvre postérieure dans lesquelles les bords lacérés sont maintenus en contact par la pression des parois vaginales, guériront d'elles-mêmes sous l'influence du repos et de quelques soins de propreté.

On rencontrera quelquefois par hasard de profondes déchirures siégeant soit à la commissure droite, soit à la commissure gauche, dont les bords se seront cicatrisés séparément et qui ne s'accompagneront d'aucun désordre utérin ou péri-utérin. Dans ce cas, il y aura une indication formelle à s'abstenir d'opération. Certains auteurs cependant, Breisky, Skène, Mundé, conseillent l'intervention quand même, et toujours par crainte de complications graves, telles que tumeurs malignes ou phlegmons pelviens. Ces craintes me paraissent exagérées. « autant vaudrait, dit M. Jacquelot emputer le col de l'utérus à toutes les femmes dont le père et la mère sont morts d'un cancer. »

Emmet et la plupart des gynécologistes recommandent aussi de ne pas opérer lorsqu'il existe quelque complication pelvienne péri-utérine, telle que pelvi-péritonite, adéno-

phlegmon du ligament large, ovarite etc., enfin tout ce que les auteurs américains désignent en bloc sous le nom de *pelvic cellulitis*. L'existence d'une métrite chronique n'est pas une contre-indication, puisque c'est en grande partie contre elle qu'est dirigée l'opération.

Cependant Goodell ne partage pas l'opinion d'Emmet à ce sujet; pour lui, l'existence d'une inflammation péri-utérine subaiguë opiniâtre est une indication pour la réparation du col. Il a vu des cas de déchirures graves du col compliquées de ramollissement et d'épaississement des ligaments larges avec plus ou moins de fixation de la matrice. Ces cas résistent au traitement palliatif. Habituellement chaque période menstruelle ranime l'inflammation qui tend à disparaître, et ces exacerbations mensuelles font perdre le terrain gagné par un traitement inter-menstruel. Dans ces cas il y a pleinement relation entre la lésion du col et celle des organes pelviens. La blessure primitive du col, le phlegmon des ligaments larges et l'engorgement mensuel de l'utérus causé par l'afflux du sang au col malade amène la turgescence pathologique des dépendances vasculaires de la matrice. De là la persistance de l'ovarite et des inflammations péri-utérines. Guérissez l'irritation du col malade, et vous amoindrissez l'afflux périodique sanguin, et par suite les exacerbations mensuelles des lésions péri-utérines. « En agissant d'après ces idées, dit-il, j'ai dans plusieurs occasions et dans de telles circonstances pratiqué l'opération, et j'ai toute raison de me féliciter d'avoir agi ainsi (*for taking the responsible step*). » Et il cite l'observation d'une femme qu'il vient d'opérer il y a cinquante-six heures. Cette malade, dont la santé était fort compromise, avait le ligament large gauche épaissi, l'utérus quelque peu immobilisé ; la paroi supérieure du vagin paraissait malade au toucher et chaque mouvement des intestins était accompagné de douleur. C'est au milieu de ces conditions si défavorables qu'il

a pratiqué la trachélorrhaphie. « Cette après-midi sa température est 98°,1 (36°,8 c.) et son pouls est de 76 pulsations. Je n'ai maintenant que très peu de craintes d'inflammation. »

INDICATIONS

Je dois dire que les indications sont bien moins précises que les contre-indications, et ce que j'ai lu dans les auteurs qui ont écrit sur cette question ne m'a pas beaucoup éclairci le jugement. Cela tient à ce que chaque médecin apprécie chaque indication d'une façon particulière. En général il faudra songer à l'intervention chirurgicale chaque fois que le traitement ordinaire dirigé contre cette affection n'aura pas produit une amélioration notable et persistante de l'état de la malade. Il faudra opérer : lorsque des ménorrhagies abondantes jetteront tous les mois la malade dans un état d'anémie et d'affaiblissement ; lorsque le col, fendu bilatéralement ou d'un seul côté, sera en éversion et que les glandes de la muqueuse ulcérée auront subi la dégénérescence granuleuse ou kystique. On devra songer à la restauration du col lorsque l'utérus congestionné fournira un écoulement leucorrhéique abondant (Baker) ; ou bien, comme le recommande vivement Emmet, lorsqu'il se sera déposé un tissu cicatriciel dense dans l'angle de la déchirure et que ce tissu déterminera des névralgies locales ou réflexes par la compression des filets nerveux.

Pour Goodell la règle absolue peut être établie que, lorsqu'il existe un ectropion bien marqué associé à une hypertrophie des glandes de Naboth avec leucorrhée et ménorrhagies, l'issue de l'opération sera heureuse.

Si la stérilité ou la prédisposition aux avortements parais-

sait être sous la dépendance d'une lacération du col utérin, on pourrait discuter l'opportunité d'une intervention chirurgicale. En somme, dans cette question, la plus grande latitude est laissée au chirurgien, aucun cas ne ressemblant à un autre identiquement ; celui-ci devra peser tous les signes présentés par la malade, et ce n'est qu'après une mûre réflexion qu'il se décidera à pratiquer l'opération ou à s'en abstenir.

TRAITEMENT PRÉPARATOIRE

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on aura à soigner une déchirure du col de la matrice et ses conséquences, on devra toujours instituer un traitement préparatoire.

La femme restera au lit pendant quelques semaines et évitera avec soin toutes les causes capables d'exciter son système génital. Elle fera deux fois par jour, pendant dix ou quinze minutes, des injections vaginales d'eau très chaude (40° ou 45°). Pour les prendre elle devra rester couchée sur le dos, le bassin un peu relevé, cette position ayant l'avantage de faciliter la déplétion sanguine des organes pelviens et de permettre un contact plus intime de l'eau avec le col utérin. Le soir on appliquera sur le col un tampon enduit de pommade d'iodoforme destiné à assainir la plaie cervicale et à maintenir les bords en contact.

S'il y a dégénérescence kystique, il sera indiqué de percer chaque matin avec une aiguille quelques-uns des follicules hypertrophiés et de badigeonner ensuite le col avec de la teinture d'iode. Si l'on constate une ulcération sur la surface vaginale du museau de tanche, on devra la modifier par les astringents, par des cautérisations légères au nitrate d'argent, au chlorure de zinc ou à l'acide azotique.

Le Dr Cortiguera (1) emploie dans la première période de la métrite causée par une déchirure du col les injections chaudes et prolongées du vagin, les tampons d'ouate abondamment imprégnés de glycérine à laquelle il ajoute du tannin, du laudanum, etc. Suivant le cas il fait des scarifications du col ou des cautérisations avec l'acide azotique ou bien l'iode et l'acide phénique mêlés par parties égales. Dans la seconde période avec hyperplasie aréolaire il donne des décongestionnants et il emploie l'iodo-phénol, l'ignipuncture et l'électricité. Il donne en même temps à l'intérieur le fer, le quinquina, la strychine et l'ergotine, pendant qu'il emploie l'hydrothérapie tonico-calmante ou excitante, selon les indications.

Lorsque le traitement préliminaire aura été bien suivi pendant quelque temps, il arrivera assez souvent que les symptômes s'amenderont et que l'état de la malade se trouvera bien amélioré ; mais si, après la suppression du traitement la femme revenue à ses occupations ordinaires se voit assaillie par les affections dont elle souffrait antérieurement, il faudra renoncer au traitement palliatif et recourir sans retard à la trachélorrhaphie.

OPÉRATION

L'opération d'Emmet ou trachélorrhaphie consiste dans l'avivement des bords d'une lacération ancienne du col et leur rapprochement au moyen de sutures. Emmet a résumé en quelques mots le manuel opératoire : « J'avivai et rapprochai au moyen de sutures au fil d'argent les deux lèvres de cette déchirure. » Mais cet énoncé succint est insuffisant. Les chi-

(1) Cortiguera. Arch. de tocologie, juillet 1885

rurgiens qui l'ont pratiquée après lui l'ont perfectionnée. J'emprunte à la thèse de M. Jacquelot (1), l'excellente description qu'il a donnée de l'opération d'Emmet.

Précautions préliminaires.— La veille du jour où l'opération devra être pratiquée, la malade prendra une légère purgation afin de vider le tube digestif des matières qu'il contient. Le matin on lui administrera un lavement simple, et on aura soin de la faire uriner ou de la sonder.

Position à donner à la malade. — En Amérique, on place toujours la malade dans la position que nous avons décrite pour l'emploi du spéculum de Sims. Cette position a l'avantage de diriger la déchirure en haut, ce qui donne plus de commodité au chirurgien pour agir, mais elle a l'inconvénient de nécessiter un changement de côté dans le décubitus de la malade, si la lacération est double, et, de plus, de devenir fatigante si elle se prolonge un peu, sans compter qu'elle répugne à certaines femmes.

Il est tout aussi facile d'opérer en laissant à la femme la position adoptée en France pour l'examen au spéculum. Le lit à spéculum ordinaire, offrant un plan résistant et des pédales pour soutenir les membres inférieurs, est ce qu'il y a de plus commode pour installer la malade.

Anesthésie. — Recommandée par quelques gynécologistes, elle n'a jamais été employée en France dans les quelques cas de trachélorrhaphie qui s'y sont pratiqués. Le col de l'utérus, presque insensible à l'état sain, l'est sans doute un peu moins quand il est malade, mais pas assez pour constituer une indication à l'anesthésie. Il n'y a que les manœuvres faites pour

(1) Jacquelot. Thèse de Paris, 1884.

l'abaisser qui puissent faire souffrir la malade. On pourrait peut-être donner du chloroforme dans ce cas ; nous croyons cependant qu'il vaudrait mieux remettre l'opération à plus tard, quand cette sensibilité exagérée aurait diminué, car elle est l'indice d'un état phlegmasique plus ou moins prononcé.

Instruments nécessaires. — Irrigateur avec de l'eau phéniquée froide ou à peine tiède ;
Spéculum de Sims ou de Bouveret ;
Une longue pince de Museux ;
Six pinces hémostatiques ;
Un bistouri droit à lame étroite ;
Ciseaux droits ou courbes ;
Pince à dents de souris ;
Aiguille de Reverdin, courbe ;
Aiguilles courbes de trousse, longues et courtes ;
Porte-aiguilles ;
Pince à torsion ;
Fil d'argent moyen, ou crins de Florence.

MANUEL OPÉRATOIRE

Le manuel opératoire comprend trois temps : 1° Mise à nu et fixation du col ; 2° Avivement ; 3° Application des sutures.

Premier temps : Mise à nu et fixation du col. — La malade étant placée dans la position que l'on aura choisie (pour nous position de la taille), on introduit dans le vagin le spéculum de Sims, ou mieux celui de Bouveret ; on saisit

le col avec une pince de Museux, et après avoir retiré le spéculum, on l'attire au ras de la vulve, où il sera à peu près facile de pratiquer l'opération. Cette manœuvre de l'abaissement du col nous paraît indispensable, car il ne faut pas compter sur la possibilité d'opérer au fond du vagin avec des instruments coudés difficiles à manier et une plaie toujours couverte de sang qu'on ne peut déterger. Sans doute, on a déjà opéré en laissant le col en place, mais ceux qui l'ont fait, seuls, peuvent dire au prix de quelle patience et de quels efforts. L'abaissement, du reste, ne présente pas grand inconvénient, d'autant plus qu'il dure peu de temps et que les ligaments surpenseurs de l'utérus sont fort relâchés.

Le col étant abaissé, on confie la pince de Museux à un aide, et on passe au second temps. Cependant, les Américains ont coutume de traverser les deux lèvres du col par un fil et de retirer la pince de Museux; c'est ce fil qui sert à maintenir l'utérus, et il présente cet avantage de n'être pas encombrant et de laisser aux deux lèvres une certaine laxité dont le chirurgien a besoin pour manœuvrer plus à l'aise.

Quelques auteurs conseillent d'appliquer, au préalable, un anneau de caoutchouc autour du col, en le faisant glisser le long de la pince de Museux. Cette précaution a pour but d'opérer à blanc ou à peu près et de faire l'hémostase préventive; mais elle nous semble inutile et même nuisible, car jamais l'hémorrhagie n'est à redouter sérieusement, et, d'autre part, on juge moins du parfait avivement des surfaces.

Deuxième temps : Avivement. —Après avoir encore une fois lavé le col et fait une irrigation d'eau phéniquée, le chirurgien, armé d'un bistouri à lame droite et étroite, transfixe les tissus le plus près possible de l'angle de la lacération, le dos de l'instrument tourné vers cet angle et le tranchant vers l'extrémité libre du col. L'hypertrophie et l'inversion donnant

aux lèvres du museau de tanche une forme sphérique, le bistouri devra être enfoncé obliquement dans la direction de la cavité cervicale, de manière à tailler en biseau les bords de la déchirure. Alors, avec des mouvements de scie, on sectionne doucement jusqu'au bout du col, en laissant l'orifice externe de la cavité cervicale, que l'on va reconstituer plus large que le reste de cette cavité, car la disparition de l'hypertrophie, qui est surtout marquée à l'extrémité libre, rétablira les proportions normales.

On passe ensuite à l'autre lèvre, qu'on avive de la même façon ; puis, avec des ciseaux courbes, on excise soigneusement le tissu compris dans l'angle. Nous insistons tout particulièrement sur ce point, car c'est là qu'on rencontre le plus de dureté et de résistance à l'action du tranchant, comme aussi c'est là que la réunion fait le plus souvent défaut. Quant il y a une hypertrophie très prononcée, Mundé recommande d'exciser une portion des lèvres du col.

On procédera de même de l'autre côté si la déchirure est bilatérale. Tel est le procédé ordinaire, celui qu'Emmet avait employé. Quelques chirurgiens ont supprimé le second temps et se sont contentés d'affronter, au moyen de sutures, les bourgeons charnus qui existaient au niveau de la lacération. M. le professeur Tarnier a réussi dans un cas.

D'autres ont employé les caustiques, principalement le thermo-cautère, pour détruire la partie superficielle, le tissu cicatriciel des lèvres de la déchirure, et ils ont mis leurs sutures après la chute de l'eschare.

Ce procédé peut avoir d'heureux résultats dans certains cas, mais nous croyons qu'il doit céder le pas au bistouri.

Troisième temps : Application des sutures. — L'instrument le plus commode pour poser les sutures est sans contredit l'aiguille de Reverdin, courbe. A son défaut, on

pourra se servir d'aiguilles de trousse ordinaire, de courbures variées, solidement montées sur un porte-aiguille.

On se sert ordinairement de fil d'argent, et nous n'en avons jamais vu employer d'autre ; mais il a selon nous l'inconvénient de couper les tissus, et nous lui préférerions volontiers le crin de Florence.

Donc, avec l'aiguille de Reverdin, on traversera les deux lèvres de la déchirure le plus près possible du bord interne des surfaces avivées, et l'on placera les sutures en nombre variable selon l'étendue de la lacération, une tous les 5 ou 8 millimètres. Quand tous les fils seront mis en place d'un côté, on procédera à leur torsion s'il s'agit de fil d'argent ; pour cela on a inventé plusieurs tord-fils. Le plus simple et le meilleur est la pince à torsion qui se trouve dans toutes les trousses. Elle suffit à tous les cas. On saisit avec elle les deux extrémités du fil à 2 ou 3 centimètres de la déchirure, et on tord jusqu'à ce que la spirale ainsi formée par le fil atteigne le tissu du col. Si l'on emploie le crin de Florence, on fait deux ou trois nœuds ordinaires. Dans les deux cas, il faut toujours avoir soin de commencer par le fil le plus élevé.

Tout étant terminé, on fait des lavages abondants avec l'acide phénique au quarantième ou la liqueur de Van Swieten dédoublée, et on réunit les extrémités des fils d'un même côté avec un morceau de diachylon pour protéger contre eux les parties de la femme. Nous conseillons de prendre la même précaution quand même on se serait servi de crin de Florence, et de ne pas les couper près du nœud. D'abord ils seraient plus difficiles à enlever, et, d'autre part, ils pourraient être une cause d'irritation pour les parois vaginales.

Telle est en quelques mots la marche à suivre pour procéder à l'opération d'Emmet.

SOINS CONSÉCUTIFS

Après l'opération, la malade devra garder le lit au moins pendant une quinzaine de jours. Matin et soir, injections vaginales chaudes avec une solution phéniquée à 2 p. cent ou une solution borique à 5 p. cent. Celle-ci est mieux supportée par la malade. On fera des pulvérisations sur le col avec la poudre d'iodoforme ou des onctions vaginales avec la pommade. On entretiendra la liberté du ventre au moyen de lavements purgatifs. Les sutures seront enlevées vers le deuxième jour, en commençant par celles de haut. On constatera souvent le retour prématuré des règles, on ne devra pas considérer ce fait comme une complication funeste au succès de l'opération ; celles-ci s'écouleront comme d'habitude sans plus d'abondance ni plus de douleur. Il n'y aurait vraiment complication que si le sang menstruel était retenu par suite d'une atrésie cervicale, résultat d'une opération défectueuse. On devrait alors enlever un ou deux points de suture au voisinage de l'orifice externe.

Lorsque la plaie sera cicatrisée, la malade ne sera pas encore guérie ; la cause est supprimée, il est vrai, mais les symptômes persistent encore un certain temps. On interdira pendant longtemps à la malade tout ce qui peut entretenir ou provoquer l'irritation pelvienne, notamment les fatigues sexuelles. Contre la métrite ou l'adéno-lymphite péri-utérine on mettra en usage les cataplames et les onction mercurielles sur le bas ventre.

RÉSULTATS

Le plus souvent, peu de temps après l'opération, les symptômes de lacération du col disparaîtront, et la malade, débarrassée de tous les maux qui rendaient son existence malheureuse, se trouvera devenue « une nouvelle femme », comme la cliente de Macdonald. (Observ. II.)

Le docteur Hugues Wells (1), qui s'est donné la peine de relever tous les cas de trachélorrhaphie au point de vue des résultats, arrive à ces conclusions : 1° la trachélorraphie ne cause pas la stérilité ; au contraire, elle cause une augmentation marquée dans la fertilité chez les femmes opérées ; 2° après l'opération, il y a moins de tendance à une nouvelle déchirure du col qu'il n'y en avait avant ; 3° il n'y a pas de danger de rétrécissement du col causé par le tissu cicatriciel, pas de danger non plus d'atrésie complète, sinon dans les cas d'excessive négligence.

Il ne faudrait pas croire cependant que la suture du col soit complètement exempte de danger ; on sait, du reste, que des cas de mort ont été observés à la suite de manipulations même très légères du museau de tanche, de badigeonnages avec la teinture d'iode, etc.

Le docteur Engelmann (2) (de Saint-Louis, Etats-Unis) signale trois cas de mort à la suite de la trachélorrhaphie. L'une de ces malades, opérée par Baker (de Boston), mourut de septo-pyohémie ; l'autre, opérée par le docteur H. Marcy (de

(1) Hugues Wells. The Amer. journ. of obstetrics, 1884.
(2) Engelmann. Annales de gynécologie, 1880.

Cambridge), succomba à une péritonite généralisée ; enfin la troisième, opérée par Engelmann, fut probablement emportée par la septicémie. Je dis probablement, car l'auteur ne sut pas déterminer l'affection exacte à laquelle elle succomba.

H. Wells a dressé une statistique dans laquelle il a relevé le nombre de cas d'influence pelvienne à la suite de l'opération d'Emmet ; parmi tous les cas de trachélorrhaphie connus, il a trouvé :

Nombre de cas de complication pelvienne.	43	Nombre de cas de cellulite.	34
Nombre de cas de mort	6	— péritonite.	9

D'autres dangers de la trachélorrhaphie ont été signalés par les auteurs ; ce sont : l'hémorrhagie primitive, rarement alarmante, que l'on prévient en faisant précéder l'opération d'une injection d'eau très chaude (40°, 50.), ou que l'on arrête par des tractions sur le col et l'affrontement rapide des surfaces saignantes ; l'hémorrhagie secondaire, très rare ; enfin la non réunion des parties qui, d'après les statistiques, s'observe dans 8 pour 100 des cas et qui, le plus souvent, est causée par des sutures trop serrées ou trop nombreuses.

Voici une statistique comprenant les cas publiés par les principaux gynécologistes américains ou anglais, Munde, Goodell, Schenck, Warren, Smith, Howitz, Mann, Montgomery et Macdonald :

Nombre de cas d'opération	637
Nombre de cas où une seconde opération a été nécessaire.	44

Ces chiffres montrent que cette opération, quoique peu dangereuse en elle-même, doit être faite cependant avec tout le soin et toutes les précautions nécessaires, sous peine de la voir causer d'amers déboires à l'opérateur.

Ne pouvant rapporter ici toutes les observations de trachélorrhaphie publiées à l'étranger, je crois être utile en rappelant rapidement les principaux gynécologistes qui l'ont pratiquée et l'appréciation particulière de chacun d'eux au sujet de cette opération.

Le professeur Slaviansky (1) (de Saint-Pétersbourg) est le premier qui ait eu recours à cette opération en Russie, en 1880. Depuis, il a opéré quatorze fois. Sur quatorze opérées, il a obtenu neuf succès complets. Chez deux on dut recourir à une deuxième opération ; ces malades sortirent complètement guéries. Dans quatre cas la réunion fut incomplète ; malgré cela, résultat satisfaisant. Il a eu un seul cas d'insuccès, qu'il attribue au mauvais état général. Le professeur Slaviansky estime que le traitement préparatoire, qu'Emmet considère comme un temps essentiel de l'opération, est parfaitement inutile.

Le docteur Vulliet (2) (de Genève) a opéré douze femmes atteintes de déchirure ancienne du col utérin ; sur ces douze opérées, une seule a dû rester au lit quinze jours ; toutes les autres se sont levées le quatrième jour. Trois ont été opérées à la consultation de la polyclinique, où elles sont venues, et d'où elles sont parties à pied, après quelques heures de repos. Aucune n'a présenté de complications secondaires.

Le docteur Campmann (3) (d'Edimbourg) a traité cinq cas de déchirure du col ; dans quatre de ces cas il a obtenu les résultats les plus satisfaisants par l'opération d'Emmet. Le cinquième fut guéri par les douches chaudes et les applications de glycérine.

(1) Lacérations du col, par Agathohoff. Annales de gynécologie, 1883.

(2) Douze cas de trachélorrhaphie. Vulliet. Archives de tocologie, 1884.

(3) The Edimburg medical. Journ. 1882.

Le docteur Barbour (1) (d'Edimbourg) a vu dix opérations pratiquées pas Simpson. L'intervention chirurgicale fut efficace dans la moitié des cas. Il pense cependant que l'opération d'Emmet est basée sur des principes rationnels.

Playfair (2) (de Londres) a déclaré, dans un discours très complet et très intéressant au congrès médical international de Londres, que d'adversaire qu'il était de la trachélorrhaphie il en était devenu partisan ardent. Dans beaucoup de cas rebelles au traitement médical, il a recouru à la suture et il a obtenu rapidement des résultats avantageux. Il cite le cas de cette femme qu'il soignait depuis dix ans avec autant de patience que d'insuccès pour une déchirure du col ; il lui conseilla d'aller à New-York. Elle fut opérée par Emmet et le résultat fut si heureux qu'elle fut délivrée de tous les maux qu'elle éprouvait.

Herman (3) (de Londres) a accompli l'opération dans huit cas. Toutes les malades se trouvèrent soulagées au moment où elles quittèrent l'hôpital. Il crut que ces améliorations, attribuées à cette opération, étaient dues en réalité à la guérison d'autres états morbides coexistants.

Heywood Smith (4) a appliqué l'opération d'Emmet dans beaucoup de cas avec grand succès, tant pour la guérison du col que pour la cessation des symptômes.

W.-M. Goodell (5) (de Philadelphie) a eu cent treize cas d'opération pour déchirure du col et pas un décès. Sur ce nombre, quatre-vingt-dix-neuf étaient des déchirures bilaté-

(1) Société obstétricale d'Edimbourg. Ann. de gynécologie, février 1885.

(2) Docteur Playfair. Archives de tocologie, 1881.

(3) Monthly retrospect of obstetrics and gynecology. The Edimb. méd. journ., 1882.

(4) Idem.

(5) Goodell. Loc. cit.

rales, trois n'intéressaient que le côté droit, huit le côté gauche seulement, et trois étaient nettement étoilées et intéressaient trois côtés ou davantage. La réunion ne se fit pas deux fois ; dans quatre cas la réunion fut partielle. Sur les cent treize cas, deux étaient sérieusement compliqués de périmétrite et de paramétrite, deux moins sérieusement. Elles guérirent toutes. Parmi celles dont il a pu suivre les traces plus tard, quatre devinrent enceintes bientôt après. Chez trois de celles-ci, la déchirure ne se reproduisit pas ; chez une, une déchirure se produisit du côté gauche, mais pas assez grave pour nécessiter une opération. « Mais, dit Goodell, la plus précieuse satisfaction que j'aie jamais reçue dans la pratique de la médecine me vint d'une dame qui avait été infirme pendant onze ans et qui fut rendue par cette opération à la santé et à la société.

J.-W. Collins (de Jackson) (Tennessée U. S. A.) pense que dans cette opération on a le moyen de combattre certains états pathologiques qui ont résisté au traitement ordinaire. A l'appui de son opinion, il rapporte trois cas : le premier était celui d'une femme qui était malade depuis quatorze ans ; le deuxième celui d'une femme qui souffrait depuis quatre ans ; ces deux furent guéris par l'opération ; quant à la troisième malade, elle est en voie de guérison.

Je ne citerai pas d'autres cas. Je crois avoir montré par cet exposé rapide tout le cas qu'on faisait de la trachélorrhaphie à l'étranger et tout le parti qu'on avait su en tirer dans beaucoup de circonstances.

OBSERVATIONS

On pourra lire sur la thèse du docteur Fage l'observation de trois malades opérées, l'une par M. Tarnier, les deux autres par M. Peyrot. On pourra lire aussi sur la thèse du docteur Jacquelot les deux observations de M. Marchand. Je crois inutile de les rapporter ici. Je me contenterai de donner celles publiées par Macdonald (d'Edimbourg), qui n'ont pas été traduites en français, et qui me paraissent assez riches en détails. Enfin je fournirai quatre observations de M. Tédenat, dont deux inédites.

Première Observation

Col profondément déchiré des deux côtés. — Grandes ménorrhagies

Opération d'Emmet, par M. A. Macdonal (d'Edimbourg)

(*The Edimburg medical journal*, 1882).

Dans l'été de 1877, j'ai soigné pendant quelques mois une dame d'Edimbourg dont le mari habitait l'Amérique. Cette dame souffrait des conséquences d'une déchirure profonde du col, produite pendant un accouchement antérieur. Le corps de l'utérus était normal, il n'y avait pas d'endométrite, pas de ramollissement, pas d'affection de l'ovaire, pas non plus de complication pelvienne. Mais le col avait été profondément fendu des deux côtés. Grande éversion et

grande hypertrophie des lèvres du col. La muqueuse, ectropiée, était, comme toujours dans de tels cas, très enflée, très vasculaire et rouge ; elle présentait à un degré très avancé les signes de la lésion qu'on appelle « érosion du col », et qu'il est prouvé ne pas être une ulcération. Les symptômes dont se plaignait la malade étaient une grande hémorrhagie et l'anémie qui en était la conséquence. Affaiblissement général, leucorrhée dans l'intervalle des périodes menstuelles ; pas de dysménorrhée.

Je traitai le cas selon les connaissances que j'avais en ce moment-là, par des applications locales d'astringents non irritants, associés au traitement tonique général. Mais après quelque temps, j'eus le regret de voir la malade me quitter sans amélioration de son état. Je crois qu'il m'est permis de dire que pendant ses périodes menstruelles, le sang avait été une fois assez abondant pour mettre sérieusement en danger la vie de ma malade. Dans le courant de l'automne, cette dame vint en visite à Boston pour voir des amis de son mari. J'eus le plaisir d'apprendre par une lettre de son mari que l'opération d'Emmet avait été pratiquée sur elle et qu'elle avait été suivie d'un succès complet. Il y avait eu un réveil considérable de pertes de sang pendant l'opération ; mais les ménorrhagies avaient complètement cessé et la malade avait recouvré une bonne santé. Quelque temps après, je pus m'assurer par moi-même que tout ce qu'on m'avait écrit était bien exact.

Observation II

Profonde déchirure transversale du col

Opération d'Emmet, par M. A. Macdonald (d'Edimbourg)

(*In The Edimburg medical journal*, 1882)

Mme T... venait de temps en temps me consulter, depuis quatre ans, pour des douleurs lombaires, des pertes de sang considérables tous les mois, de la leucorrhée, de la dysménorrhée ; elle rattachait toutes ses affections à son premier et unique accouchement. Elle

vint me trouver ces derniers temps. Son accouchement avait été difficile et instrumental, je crois. Se trouvant fatiguée de demander des soins au docteur de la famille, elle me fit appeler. Les conditions pathologiques qui étaient associées à ces symptômes étaient les suivantes : profonde déchirure transversale de la portion vaginale de l'utérus, grande hypertrophie de cette partie, ectropion des deux lèvres antérieure et postérieure. Le corps et le fond de l'utérus étaient normaux. Pas de complication ovarienne ni pelvienne. La ménorrhagie, la leucorrhée et la douleur lombaire étaient déjà telles qu'elles causaient à la malade beaucoup de malaise dans l'accomplissement de ses diverses fonctions, qui exigeaient entre autres choses une longue station pendant longtemps dans un magasin. J'avais pu la soulager beaucoup de temps en temps, mais les symptômes revenaient avec une persistance désolante. Je lui conseillai donc, en dernier lieu, le traitement, que je prévoyais, avec raison, devoir être radical dans ce cas. La malade consentit sans difficulté à ce que ce traitement fût essayé. Donc, après un traitement préparatoire convenable, par des douches vaginales d'eau chaude et le repos, l'opération d'Emmet fut pratiquée sur elle le 8 juillet 1879. Dans cette opération, j'étais assisté par les docteurs Playfair et Jardine.

L'opération réussit à merveille, car les sutures se réunirent par première intention. Pendant le premier ou les deux mois suivants, la malade se plaignit de douleurs lombaires, mais elle n'avait plus ni leucorrhée, ni dysménorrhée, et dans le courant du troisième mois, tous les symptômes désagréables avaient disparu. La malade devint et reste toujours, comme elle le disait elle-même, « une nouvelle femme ».

Observation III

Déchirure transversale. — Col hypertrophié. — Leucorrhée abondante

Opération d'Emmet, par M. A. Macdonald (d'Edimbourg)
(*In the Edimburg medical journal*, 1882)

Mme M. F..., âgée de trente-cinq ans, cinq enfants, reçue à l'hôpital le 31 décembre 1879. Les accouchements qu'elle a eus antérieurement ont été différents en tous points, mais le dernier, qui a eu lieu il y a six ans, avait été spécialement difficile et avait dû être terminé par le forceps. Pendant les dix-huit derniers mois, les périodes inter-menstruelles avaient été seulement de huit à dix jours. La malade avait eu deux avortements antérieurement, un au cinquième mois, l'autre au sixième. Outre ses troubles menstruels, elle souffre de rétrécissement aortique bien marqué.

Le col est fendu transversalement. La déchirure du côté droit intéresse tout le tissu de l'organe et s'étend jusqu'aux culs-de-sac vaginaux. Celle du côté gauche est beaucoup moins profonde. Toute la portion vaginale du col est très hypertrophiée, et les deux lèvres sont en éversion. Muqueuse intra-cervicale très rouge, spongieuse au toucher et saignant facilement. L'utérus est normal, la malade se plaint de douleurs dans la partie basse du bassin, dans les lombes, et d'un écoulement muco-purulent abondant, entre les périodes menstruelles. Comme le cas de cette malade m'a paru un de ceux nécessitant entièrement l'opération à cause de son indéniable gravité, je commençai à préparer les parties par l'usage de douches chaudes continuées pendant quelque temps, et je permis à la malade de recouvrer ses forces par le repos à l'hôpital.

Vers le 3 février 1880, je procédai à la suture des bords des surfaces déchirées. J'enlevai les tissus surabondants pour permettre une coaptation exacte et ensuite je les réunis avec des sutures à fil d'argent. La vascularisation des parties provoqua une hémorrhagie abondante que nous arrêtâmes au moyen du tourniquet. Celle-ci évitée, nous terminâmes l'opération et nous dûmes la compléter

aussi bien que possible. Les résultats obtenus furent très satisfaisants. La malade ne se plaignit presque d'aucune douleur ; les surfaces adhèrent presque complètement. La leucorrhée disparut ; nous ne pûmes pas l'observer pendant assez longtemps pour pouvoir établir que la ménorrhagie avait complètement disparu, Mais le cahier du service relate qu'elle fut renvoyée guérie le 27 février, et comme elle n'est jamais revenue, nous avons bonne raison de croire que les résultats de l'opération ont été excellents pour elle.

Observation IV

Déchirure transversale. — Ménorrhagies excessives

Opération d'Emmet, par M. A. Macdonald (d'Edimbourg)

(*In the Edimburg medical journal*, 1882)

Mme P..., trente et un ans, huit enfants. Reçue à l'hôpital le 14 janvier 1880. Depuis cinq ans, quoique ses accouchements ne paraissent pas avoir été particulièrement difficiles, la malade a eu des menstrues excessives, avec leucorrhée dans l'intervalle des périodes et beaucoup de douleurs lombaires.

Le col de la matrice est considérablement fendu transversalement et la portion vaginale très hypertrophiée. Les deux lèvres sont en éversion et la muqueuse est rouge, d'apparence irritée ; elles saignent facilement au simple toucher. Après un traitement préliminaire par le repos et les douches chaudes, l'opération d'Emmet fut pratiquée le 17 février 1880. Dans ce cas, l'opération fut facile et n'exigea que trois sutures, une d'un côté et deux de l'autre. Cette malade la supporta à merveille. Toutes les sutures tinrent. Elle eut ses règles une fois pendant les soins qui suivirent l'opération, et elle constata que la perte était moindre qu'elle ne l'avait été pendant les dernières années. Elle fut renvoyée le 12 mars 1880.

Observation V

Déchirure du col à gauche. — Prolapsus utérin

Opération d'Emmet, par M. A. Macdonald (d'Edimbourg)

(*In the Edimburg medical journal* 1882)

Mme S..., quarante-six ans, reçue à l'hôpital le 13 avril 1880. Elle se plaint d'une douleur dans la région lombaire et d'un prolapsus utérin descendant à la partie inférieure du vagin et occasionnant une douleur pendant la miction. La maladie commença il y a quinze ans, après la naissance de son sixième enfant. Son accoucheur lui dit que sa matrice était presque sortie en même temps que l'enfant. La malade n'eut pas de ménorrhagie et peu de leucorrhée. Elle a une insuffisance mitrale, et elle se plaint de temps en temps de palpitation et de dyspnée après les efforts.

La portion vaginale du col est énormément hypertrophiée ; les lèvres sont largement ectropiées et épaissies, et sur le côté gauche le col est traversé dans toute sa hauteur par une profonde fissure. Plusieurs follicules de Naboth hypertrophiés se voient faisant saillie. La sonde s'enfonce de trois pouces et demi ; le corps de l'utérus paraît être normal dans ses dimensions et dans sa position. Comme je regardais la déchirure du côté gauche comme la cause de cette grande hypertrophie de la portion vaginale, je procédai le 16 avril à la suture des bords de la lacération et les amenai au contact. Ceci ne peut être fait qu'après l'excision d'une partie considérable des tissus hypertrophiés, de manière à permettre une coaptation exacte.

Pour une raison ou pour une autre, la première opération manqua complètement. Mais le 29 du même mois je la répétai avec succès. Toute la longueur de la surface déchirée se réunit solidement et la forme naturelle du col fut complètement restaurée. Comme j'avais les meilleures raisons de croire que la cause de l'hypertrophie étant éloignée la résorption compléterait ce que l'art n'avait pas parachevé, je renvoyai la malade le 28 mai.

Pendant ce temps deux autres cas de déchirure du col se présen-

tèrent. Dans un de ces cas, il y avait trop de troubles aigus pour permettre l'opération, et dans l'autre les symptômes donnèrent indication d'appliquer un traitement émollient et astringent local.

Observation VI

Déchirure bilatérale du col. — Leucorrhée abondante

Opération d'Emmet, par A. Macdonald (d'Edimbourg)

(*In the Edimburg medical journal*, 1882)

Mme D..., vingt-neuf ans, entrée le 30 octobre 1880. Elle avait eu un enfant à terme il y a dix-neuf mois. Elle fait remonter à cette époque le début de sa maladie. Elle se plaint de vives douleurs dans le bassin, plus fortes cependant du côté droit que du côté gauche. Sensation de pesanteur à l'hypogastre. Leucorrhée abondante dans les derniers quinze mois. Le flux cataménial n'est pas modifié,

Le col de l'utérus se trouve profondément fendu des deux côtés, mais spécialement du côté droit. Il y a aussi une considérable hypertrophie et une rougeur intense de la muqueuse.

Après un traitement préparatoire, le col, déchiré, fut restauré par l'opération d'Emmet le 10 novembre 1880. Six sutures furent appliquées. Les surfaces adhérèrent très bien. Mme D... fut renvoyée guérie le 25 novembre.

Le 3 décembre, le cahier de service établit que la douleur lombaire avait entièrement disparu et que la malade était revenue pour exprimer ses remercîments *for her great improvement.*

Observation VII

Déchirure bilatérale

Opération d'Emmet, par A. Macdonald (d'Edimbourg)

(*In the Edimburg medical Journal* 1882.)

Mme C..., vingt-deux ans. Reçue à l'hôpital le 4 mars 1881. La malade a eu un enfant : elle se plaint de douleurs du côté gauche, de leucorrhée, de dysménorrhée ; elle est légèrement anémique, quoique jouissant d'une bonne santé. La maladie commença il y a trois ans, après la naissance de son enfant. La partie vaginale du col de l'utérus est anormalement indurée et hypertrophiée. Déchirure bilatérale. Les lèvres du col sont toutes les deux en éversion marquée et présentent une large surface érodée. L'utérus est normal, l'ovaire gauche est légèrement gros et un peu abaissé. Après quinze jours de traitement préparatoire à l'hôpital, le col fut restauré par l'opération d'Emmet. Sept sutures furent appliquées. L'opération fut suivie d'un succès complet. Avant que la malade eût quitté l'hôpital, les dimensions du col avaient bien diminué.

Observation VIII

RÉSUMÉE

Communiquée par M. Tédenat

Déchirure bilatérale. — Douleurs lombaires. — Trachélorrhaphie

Femme de vingt-six ans. Accouchement il y a dix mois. Depuis lors, leucorrhée ; menstruation excessive durant douze, quinze jours. Douleurs hypogastriques et lombaires. Col gros, entr'ouvert, portant une déchirure à chaque commissure. Utérus mobile en rétroversion, sans inflammation péri-utérine. Au moyen du spéculum on constate :

ectropion très marqué de la muqueuse, érosions ; mucus filant, teint de sang.

Après un mois d'injections chaudes et quelques cautérisations au nitrate d'argent, je pratique l'opération d'Emmet, avec l'aide de MM. Courtès et Cathala (10 juin 1881).

Décubitus dorsal. Spéculum de Sims remplacé par deux écarteurs latéraux après que l'utérus a été amené à la vulve. Avivement avec un bistouri ordinaire à lame droite et courte ; suintement sanguin peu abondant, mais tenace. Quatre points de suture à gauche, trois à droite, passés au moyen de l'aiguille de Reverdin. Injections vaginales de solution phéniquée matin et soir. Pas de réaction générale ; besoins très fréquents d'uriner pendant les trois premiers jours. Le 21 juin, les points de suture sont enlevés ; du côté gauche, le point inférieur a lâché et il reste une encoche de 4 ou 5 millim., sur laquelle j'applique un serre-fine ; ce qui ne réussit pas. Guérison complète des suites de l'opération le 26 juin, moins l'encoche qui persiste.

La malade a continué les injections chaudes jusqu'au mois de septembre ; la leucorrhée a disparu, les règles durent quatre ou cinq jours ; il n'y a plus de douleur. Le col a son aspect normal ; l'encoche est cicatrisée. Accouchement à terme, au mois de mars 1883.

Observation IX

RÉSUMÉE

Communiquée par M. TÉDENAT

Déchirure à gauche. — Menstrues irrégulières. — Trachélorraphie

Marie B..., âgée de trente-cinq ans, mère de trois enfants. Souffre depuis son dernier accouchement, qui remonte à quatre ans. Douleurs lombaires persistantes, irradiant vers la cuisse gauche et le bas-ventre. Leucorrhée abondante, menstrues irrégulières, faisant défaut ou très abondantes. Sensation de poids, de corps étranger à la vulve. Dyspepsie ; constipation opiniâtre ; besoins fréquents d'uri-

ner, avec cuisson très pénible au moment des règles. Col gros, descendant à 3 ou 4 centimètres de l'orifice vulvaire ; érosions et granulations ; léger ectropion à gauche, au niveau de la commissure, qui présente une déchirure de 2 centimètres. Utérus hypertrophié (9 centimètres à la sonde utérine), mobile.

Après des injections chaudes pendant une quinzaine de jours et l'application de tampons enduits de glycérolée de tannin, je pratique l'opération d'Emmet, avec l'aide de MM. Boys et Bertrand.

Le col est attiré en bas au moyen d'une pince de Museux. Avivement avec les ciseaux droits ordinaires. Hémorrhagie très faible, grâce aux injections alunées chaudes. Quatre points de suture métallique avec l'aiguille de Reverdin. — Douleurs vives pendant la nuit qui suit l'opération ; elles occupent la fosse iliaque gauche. Cataplasmes belladonés. Ecoulement leucorrhéique très abondant, dès le deuxième jour ; malgré les injections phéniquées, il persiste jusqu'au huitième jour et s'accompagne de vagues douleurs ; peu de réaction générale. Enlèvement des fils le douzième jour. Le troisième point à partir d'en bas paraît avoir lâché ; les autres ont fait bonne prise. Injections continuées ; guérison complète de l'opération, le vingt-cinquième jour (23 septembre 1882). Le 4 janvier 1883, je vis cette malade, qui se trouve beaucoup mieux. Les douleurs ont disparu, sauf dans les deux ou trois jours qui précèdent les règles, qui sont régulières, assez abondantes et durent trois ou quatre jours.

Observation X

PERSONNELLE

Déchirure commissurale gauche. — Leucorrhée. — Ménorrhagies. — Trachélorrhaphie

Mme G..., de Carpentras, âgée de vingt-huit ans, lymphatique, bien constituée, a joui d'une excellente santé jusqu'à son premier et unique accouchement, qui eut lieu à l'âge de vingt-cinq ans. Il se fit naturellement ; les suites de couches ne furent compliquées d'aucun

accident, et la malade reprit, au bout de dix jours, ses occupations habituelles. Elle ne nourrit pas son enfant.

Le retour des règles eut lieu deux mois après. Avant sa grossesse, elles étaient régulières et duraient trois ou quatre jours ; depuis son accouchement, elles durent sept ou huit jours, sont plus abondantes et s'accompagnent d'une leucorrhée abondante. En même temps, la malade éprouve des douleurs au bas ventre, surtout du côté gauche; elles augmentent après la marche et s'accompagnent d'envies d'uriner fréquentes avec cuisson au moment de la miction. Il s'y est ajouté des douleurs lombaires qui s'irradient le long de la cuisse gauche. Tous ces accidents augmentent à l'approche de la menstruation et vont peu à peu en s'aggravant, malgré le traitement suivi depuis deux ans. Il a consisté en injections d'eau de feuilles de noyer, de solution d'alun ; plusieurs cautérisations au nitrate d'argent ont été pratiquées. La santé générale est satisfaisante, l'appétit et la digestion laissent peu ou point à désirer.

M. Tédenat, consulté au mois de février 1884, constata la béance du col, avec tuméfaction notable des deux lèvres, de la postérieure surtout, une déchirure commissurale gauche, longue de 2 centimètres environ, à lèvres bourgeonnantes. Le cul-de-sac gauche est tuméfié, dur et douloureux à la pression ; il n'y a pas de déplacement appréciable de l'utérus. Leucorrhée utérine abondante. La cavité utérine a une longueur de 8 centimètres. Il conseilla à la malade des injections d'eau salée très chaude pour combattre la paramétrite, pour décongestionner l'utérus et préparer l'organe à subir la suture.

Le 20 avril 1884, la malade revint à Montpellier ; les menstrues de mars et d'avril avaient été moins longues et moins abondantes, les douleurs au bas ventre avaient un peu diminué. L'inflammation paramétrique avait presque entièrement disparu et le refoulement de l'utérus avec le doigt, plus mobile qu'avant ce traitement, ne provoquait plus de douleurs. Les lèvres du col étaient moins tuméfiées, la déchirure persistait sans éversion de la muqueuse endocervicale, mais sans tendance à la cicatrisation. La leucorrhée n'avait pas sensiblement diminué.

Jusqu'au 1er mai les injections furent faites très chaudes, matin et soir (solution borique à 3 0[0). Le 2 mai, purgatif salin. Le 3 mai au matin, lavement pour débarrasser le rectum.

Opération. — Décubitus dorso-sacré. Le spéculum de Bouveret permet de bien exposer le col, qui est à une profondeur de 5 à 6 centimètres de la vulve. La lèvre inférieure du col est saisie près de son extrémité gauche avec un crochet pointu, et la lèvre inférieure de la déchirure est avivée sur toute sa hauteur avec des ciseaux. La même chose est faite sur la lèvre supérieure. La muqueuse endo-cervicale est à peine intéressée, afin d'éviter tout rétrécissement consécutif. L'hémorrhagie est peu abondante et facilement arrêtée par des injections d'eau borique chaude. Trois points de suture métallique placés au moyen des instruments d'Hagedorn. Les fils sont tordus avec le tord-fil de Coghil. Injection borique chaude. Tampon de coton hydrophile disposé dans le cul-de-sac pour empêcher que les fils ne frottent contre la paroi vaginale.

4 mai. Pas de douleurs, pas de fièvre Injection borique matin et soir.

6 mai. Augmentation légère de la leucorrhée. Tampon changé sans l'aide du spéculum. Le doigt suffit pour le bien disposer.

13 mai. Le tampon a été changé tous les jours. Matin et soir, injection borique chaude. Pas de douleurs. Aujourd'hui, les fils sont enlevés. Réunion parfaite.

16. Injections continuent. La malade s'est levée un peu aujourd'hui. La malade quitte Montpellier le 20 mai. La leucorrhée persiste, les douleurs ont notablement diminué au niveau de la fosse iliaque gauche.

19 juillet. Les injections boriques chaudes ont été faites matin et soir, jusqu'à ce jour. Leucorrhée supprimée. En juin et juillet, quatre menstrues ont duré quatre jours et n'ont été accompagnées d'aucunes douleurs. L'utérus est mobile. Santé générale excellente. Longueur de l'utérus 7 centimètres, un centimètre de moins qu'au mois de février.

Saison aux bains de mer, du 19 juillet au 6 août. La malade se trouve très bien.

Observation XI

PERSONNELLE

Déchirure Commissurale droite.— Menstrues irrégulières. — Leuccorrhée. — Trachélorrhaphie.

Marie P..., âgée de trente-cinq ans, née à Marseille. Lymphathique, avec une bonne santé habituelle, jusqu'à l'âge de trente ans. Réglée à treize ans ; les menstrues régulières duraient trois ou quatre jours, assez abondantes. Premier accouchement naturel et facile à vingt-quatre ans. Deuxième accouchement à vingt-neuf ans, présentation de l'épaule qui nécessita la version. Enfant vivant. Hémorrhagie peu considérable, mais qui persista pendant plusieurs heures après la délivrance. Deux jours après l'accouchement, douleurs vives dans le ventre, surtout au niveau de la fosse iliaque droite, irradiant vers la cuisse du même côté. Pas de vomissements.

Cet état dura une vingtaine de jours, malgré l'application de cataplasmes et de trois vésicatoires. Les lochies furent abondantes et durèrent pendant trois mois, mélangées de sang de temps en temps. Depuis cette époque, la santé ne s'est jamais rétablie. Les menstrues sont irrégulières; après avoir duré sept, huit, dix jours, elles cessent souvent pour reparaître dix ou douze jours après. Elles sont précédées de douleurs au bas ventre pénibles, qui d'ailleurs persistent, mais atténuées, pendant la période inter-menstruelle. Leucorrhée abondante. Depuis deux ou trois ans, douleurs lombaires plus marquées du côté droit, se prolongeant du côté de l'aine et dans les cuisses. Mictions fréquentes. Appétit diminué, digestion pénible avec ballonnements après le repas, battements de cœur, bouffées de chaleur à la face.

La malade a pris des injections astringentes avec de l'alun ; plusieurs cautérisations au nitrate d'argent ont été pratiquées. A l'intérieur, ferrugineux, vin de quinquina, eau de Vichy.

M. Tédenat fut consulté le 10 juin 1884 : malade pâle, amaigrie. Bruit de souffle dans les vaisseaux du cou. La pression détermine de la douleur au milieu de la fosse iliaque interne, surtout à droite.

Utérus mobile, culs-de-sac vaginaux libres. Col béant avec une déchirure de la commissure droite, longue de 1 centimètre et comprenant toute l'épaisseur. Ses bords sont granuleux, de coloration rouge foncé. Erosion de la lèvre inférieure.

Injections alunées chaudes (2 0|0), matin et soir. Elles sont supprimées le 19 juin à cause de l'arrivée des règles, qui durent jusqu'au 25 juin. Le 26, les injections sont reprises, la malade prend, pendant trois jours, un gramme d'ergotine Bonjean.

30 juin. Purgatif salin.

1er juillet. Lavement émollient.

Opération.— L'utérus, bas et long de 8 centimètres (sonde utérine), est facilement attiré à la vulve. Avivement au bistouri. Deux points de suture au catgut chromique, placés au moyen de l'aiguille de Reverdin. Hémorrhagie assez abondante pendant l'opération; elle est combattue avec la solution alunée très chaude.

Repos dans le décubitus dorsal. Une éponge imbibée d'une solution phéniquée est placée devant la vulve.

4 juillet. Matin et soir injection chaude de sublimé corrosif (1|2000). Tout se passe bien jusqu'à ce matin, où la malade éprouve de vives douleurs dans la partie droite du bas ventre, qui est tendue et offre tous les symptômes d'un phlegmon du ligament large. T. 38°,8. P. 80. Sur tout le bas ventre, badigeonnage avec le collodion riciné. Lavement avec : eau, 200 grammes, laudanum de Sydenham, IV gouttes. Lait.

5 juillet. Douleurs bien moindres. Injections vaginales avec la solution de sublimé. Badigeonnage avec le collodion. T. matin, 37°,8 ; soir, 38°,2. P. 80. Pas de nausées, pas de vomissements. Lait.

6 juillet. Douleurs ont à peu près disparu. Même traitement. T. s. 38°,1. P., 30.

7 juillet. Toute douleur a disparu. Diminution très marquée de l'induration paramétrique droite. Leucorrhée toujours aussi abondante qu'avant l'opération. Même traitement.

10 juillet. La malade va bien. Lavement laxatif.

15 juillet. Toucher vaginal indolore, sauf au niveau du cul-de-sac latéral droit, qui est un peu douloureux et tendu. Injections chaudes continuées.

18 juillet. Menstruation annoncée depuis hier matin par d'assez vives douleurs, comme à l'ordinaire.

23 juillet. La menstruation a cessé hier soir, après cinq jours de durée. Abondance habituelle.

24 juillet. La malade se trouve bien. Injections alunées (2 0[0), chaudes, matin et soir. Un gramme d'ergotine.

24 juillet. L'ergotine a été continuée jusqu'à ce matin. Le toucher vaginal permet de constater une diminution sensible de l'infiltration inflammatoire du cul-de-sac latéral droit, où la pression du doigt est complètement indolore.

30 juillet. L'amélioration continue. La malade se lève dans la journée.

2 août. Examen au spéculum. Réunion parfaite, disparition complète des fils de suture. Les érosions de la lèvre inférieure ont disparu. Col un peu moins tuméfié.

Saison aux bains de mer du 10 au 25 août.

Règles, du 14 au 23 août. Leucorrhée moindre. Les douleurs lombaires persistent, très peu diminuées. Elles ne s'irradient plus au pli de l'aine ni à la cuisse. Les mictions sont moins fréquentes.

M. Tédenat conseille à la malade de continuer les injections chaudes matin et soir, un verre d'eau de Pullna tous les huit jours, de boire de l'eau ferrugineuse de Saint-Cristophe au repas.

Au mois de mai 1885, il a revu la malade. Les menstrues viennent régulièrement tous les mois et durent quatre ou cinq jours. Il y a toujours de la leucorrhée, mais bien moins qu'avant l'opération. Les douleurs aux lombes et à la fosse iliaque ne surviennent qu'après un long exercice ou encore à l'approche des règles. Le coït n'est plus douloureux. M. Tédenat se propose de faire quelques séances d'électrisation galvanique (pôle positif dans l'utérus).

Observation XII

INÉDITE

Due à l'extrême obligeance de M. le Professeur L. DUMAS

Déchirure profonde du côté gauche.— Abondantes hémorrhagies se produisant au moment de sa production et dans les vingt jours qui suivent l'accouchement.

Mme X..., primipare, âgée de vingt ans environ, bien portante et robuste, accouche le 5 Avril 1885. L'accoucheuse qui a assisté la femme pendant le travail ne peut donner que des renseignements assez vagues ; l'on peut cependant penser, d'après ses indications, que l'accouchement s'est fait spontanément et a été suivi d'une perte qui s'est arrêtée au bout d'une demi-heure environ.

Les suites de couches sont normales, la mère allaite son enfant et a déjà commencé à se lever lorsque vers le huitième ou dixième jour une hémorrhagie abondante se fait par la vulve.

Vers le quinzième jour nouvelle hémorrhagie, et enfin le vingtième hémorrhagie extrêmement abondante ayant été jusqu'à la syncope et au refroidissement.

Le médecin qui soigne la malade a constaté une déchirure profonde vers le côté gauche du col et a immédiatement pratiqué le temponnement du vagin.

M. Dumas est appelé en consultation le 25 avril 1885. La malade est faible et pâle, le pouls est accéléré, mais la température est bonne. L'abdomen n'est pas douloureux. La cause de l'hémorrhagie lui paraît devoir être rapportée à la chute d'une eschare.

Indication.— Laisser le tampon en place jusqu'à la formation probable d'une cicatrice solide, en retirant les premières boulettes matin et soir pour sonder la vessie, et en pratiquant tous les jours une injection phéniquée sur les boulettes cervicales, qui ne seront pas déplacées jusqu'à nouvel ordre. Bouillon, Vins et quinquina.

12 Mai. Une nouvelle perte s'est produite ces jours-ci, peu abondante. Tamponnement immédiat. La malade paraît très affaiblie et

présente surtout des phénomènes circulatoires inquiétants (anxiété, palpitations). La malade se nourrit bien. Le médecin craint beaucoup une nouvelle hémorrhagie et a cru remarquer un peu de pus sur la partie profonde du tampon.

Seigle ergoté et perchlorure de fer.

Pas de nouvelles de la malade jusqu'au 26 juillet 1885 ; à cette époque, je reçois, par l'intermédiaire de M. le Professeur Dumas, les renseignements suivants : après sa dernière hémorrhagie, la malade dut garder pendant vingt jours la position horizontale avec tampon vaginal. On fit des injections avec le perchlorure de fer et le sublimé corrosif ; pendant quelques jours les tampons arrivaient souillés de sanie fétide; on n'en cessa l'application que lorsqu'ils revinrent complètement blancs.

La malade, pendant quelque temps, a porté les couleurs de l'anémie, mais elle va aujourd'hui très bien. Cependant, au 1er juillet, époque à laquelle le docteur qui l'a soignée a cessé de la voir, elle se plaignait de pertes blanches, et les règles n'avaient pas reparu.

Les hémorrhagies ont complètement cessé.

CONCLUSIONS

1. L'accouchement s'accompagne dans beaucoup de cas de déchirure du col de la matrice. Certaines causes ont une action prépondérante sur la production de cette déchirure ; parmi les plus importantes, je citerai les maladies de la muqueuse cervicale et l'application d'instruments ou l'administration d'agents médicaux (ergot de seigle).

2. Toutes les déchirures n'ont pas la même évolution : les unes guérissent spontanément, soit par la réunion des bords lacérés, soit par leur cicatrisation isolée ; les autres persistent indéfiniment et sont la cause de subinvolution, de métrite, d'adéno-lymphite péri-utérine, d'adéno-phlegmon du ligament large, de déviations de l'utérus avec toutes leurs conséquences fâcheuses.

3. Veut-on faire disparaître toutes ces complications, il faut s'adresser à la déchirure du col ; sinon on les voit ordinairement persister malgré tous les traitements dirigés contre elles.

4. Le traitement de la déchirure du col consiste surtout en l'avivement et la suture des bords. Dans quelques cas la

guérison est obtenue par la cautérisation méthodique avec le fer rouge.

5. Un traitement préparatoire est toujours utile, souvent indispensable.

Telles sont les conclusions que je crois pouvoir tirer de mon travail, heureux si je puis contribuer dans une faible mesure à vulgariser cette question et à faire lever la quarantaine qui depuis trop longtemps pèse en France sur l'opération d'Emmet.

Vu :
Le Président-Censeur,
DUMAS.

Vu bon à imprimer,
Le Doyen,
CASTAN.

Permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie,
G. CHANCEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Argathonoff. — Lacération du col utérin. Trachélorrhaphie d'Emmet. (Annales de gynécologie, 1883.)

Arning. — De l'opération d'Emmet dans les déchirures du col. (Vien. medic. Wochens, 1883.)

Baer. — Analyse de vingt-sept opérations pour restaurer la déchirure du col. Leurs effets sur la stérilité et la parturition (Obst. soc. of Philad. med. News. 24 février 1883, et New-York, med. journ. 14 juillet 1883.)

P. Bar. — Déchirure du col. Opération d'Emmet. (Annales de gynécol. 1880.)

Baker. — Déchirure du col, causes de maladies utérines. (Boston med. and surg. journal. 1877.)

— Lacération du col de l'utérus. (Boston med. and surg. journ. 1882.)

Bennet. — Notes sur la lacération du col de l'utérus, ses causes et son traitement. (British med. journ. Nov. 1881.)

— Traité de l'inflammation de l'utérus. (Traduit par Aran. Paris, 1850.)

Berry Hart et Barbour. — Manuel de gynécologie. (Edimburgh, 1882.)

— De la lacération du col. (Ann. de gynéc. 1883. Trad. Rodet.)

Elie Bordas. — Du siège des hémorrhagies du col du vagin et de la vulve. (Thèse de Paris, 1880.)

Bozemann. — Mécanisme de la rétroversion et du prolapsus de l'utérus au point de vue des déchirures simples du col ; leur

traitement par les opérations sanglantes. (Trans. of the Amer. gynéc. soc. 1878.)

Breisky. — De l'ectropion cicatriciel du col utérin comme cause prédisposante au cancer de l'utérus. (Wien. med. Wochens, 1876.)

Budin. — Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouch. artificiels. (Thèse d'agrégation. 1878.)

Carroll Lee. — Limites de l'opération d'Emmet. (Med. rec. New-York, 1881-82.)

— Des indications et contre-indications de l'opération d'Emmet. (New-York, med. journ. Sept. 1881.)

Chadwick. — Lacération du col de l'utérus. (Boston med. and surg. journ. Juillet 1877.)

Collins. — Opération d'Emmet pour la déchirure du col, (Amer practitioner. Louisville, 1879.

Comstock. — Lacération du col de l'utérus et son traitement par l'hystéro-trachélorrhaphie. (Saint-Louis, clin. review. 1879-80).

Cortiguera. — Archives de tocologie. (Juillet 1885.)

Desvernines. — Contribution à l'étude des lésions du col de l'utérus. (Thèse de Paris, 1879.)

Duparcque. — Maladies de la matrice. Rupture et déchirure de l'utérus. (Paris, 1839.)

Emmet. — Principes et pratique de gynécologie. (London, 1880.)

— Deux cas de déchirure du col traités avec succès par avivement et suture. (New-York, med. journ. 1883.)

— Déchirure du périnée et du col utérin. Avivement et suture ; hémorrhagie secondaire provenant du col; deuxième suture complémentaire ; guérison. (New-York, med. journ. 1883.)

— Lacération du col de l'utérus. (New-York, med. journ. 1881.)

— Lacération du col de l'utérus, cause fréquente et méconnue de maladies. (New-York, med. journ. 1874.)

— Traitement rationnel de la lacération du col de l'utérus. (New-York, med. journ. 1877.)

Engelmann. — Annales de gynécologie de 1880. (Trad. par Cordes, de Genève.)

Eustache. — Trachélorrhaphie ou opération d'Emmet, (Arch. de tocologie, 1884.)

Fage. — Thèse de Paris, 1881.

Gaillard Thomas. — Traité clinique des maladies des femmes. (Trad Lutaud. Paris, 1879.)

— De la lacération du col de l'utérus et de l'opération d'Emmet. (Trad. Lutaud in Ann. de gyn. 1881.)

— Lacération du col de l'utérus ; subinvolution, dégénérescence fongueuse de la muqueuse utérine. (Med. and surg. reporter. Philad., 1879.)

Gueneau de Mussy. — Phlegmon du ligament large consécutif aux déchirures du col. (Arch. de méd. 1867.)

Goodell. — Lacération du col (Med. and surg. report. Philad., 1881-1882.)

— Notes sur 113 cas d'opération d'Emmet. (Amer. journ. of obst. 1882.)

Alp. Guérin. — Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme.

Hegard et Kaltenbach. — Operative gynakologie, 1874.

Holland. — Lacération du col de l'utérus. (Brit. med. journal London, 1881.)

Jackson. — Sutures avec le catgut phéniqué pour la lacération du col. (Med. rec. New-York, 1881.)

Lacération du col de l'utérus (Chicago, and journ. and examiner. 1879.)

Hugues Wells. — Dangers possibles de la trachélorrhaphie. (Amer. journ. of obstet. 1884.)

Johnson. — Importance de la trachélorrhaphie, avec observations et remarques. (Journ. amer. ass. Chicago. 1884.)

Janvrin. — The amer. journ. of obstetrics. 1884.

John Ferguson. — De la déchirure du col de l'utérus pendant le travail. (Medical News. Philadelphie, 1884.)

Jacquelot. — Contribution à l'étude des déchirures du col. (Thèse de Paris, 1884.)

Lucas Championnière. — Mémoire sur les lymphatiques et la lymphangite utérine (Archives de tocologie, 1875.)

Lutaud. — Précis des maladies des femmes. (Paris, 1883.)

Macan. — Opération pour la rupture du col pendant le travail. (Dublin journ. of med. sciences, 1875.)

Macdonald. — Leçons sur les déchirures du col et leur traitement par la méthode d'Emmet. (Edimburgh, med. journ. 1882.)

— Des causes, résultats et traitement des déchirures du col. (Edimburgh, med. journ., et Glasgow, med. journ. 1883.)

Maddon. — Lacérations du col de l'utérus; leurs conséquences et leur traitement. (Dublin, journal médic. sciences, 1882-83).

Munde. — Syncope reflexe causée par la pression sur le tissu cicatriciel d'une déchirure du col; guérison par la trachélorrhaphie (Amer. journ. of obstetrics. New-York, 1882.)

— Des indications de la trachélorrhaphie. (Amer. journ of obst. vol. XII.)

L. Meyer. — Des déchirures du col utérin. (Arch. de tocol. 1882.)

Montrose A. Pallen. — Etiologie et traitement des lacérations du col. (British, med. journ. 1880.)

— Lacération du col de l'utérus. (Amer. journ. of obstet. 1879.)

Martineau. — Leçons sur les affections de l'utérus et de ses annexes. Paris.

Murphy. — The Amer. journ. of obstetrics. 1884.

Playfair. — Notes sur l'opérat. d'Emmet. (London, obst. trans. 1882.)

Poullet. — Lyon médical. 1879.

Ruge. — Sur les érosions du col utérin. (Berliner Klinische Wochens. 1881.)

Schrœder. — Technique des opérat. plastiques sur le col de l'utérus. (Charite annalen. 1878.)

— Des rapports de la déchirure du col avec le catarrhe du col. (Berliner Klinische Wochens n° 32.)

Skêne Keith. — Traitement des déchirures du col utérin. Opérat. d'Emmet, avec de légères modifications. (Edimb. med. journ. 1882).

— Traitement de la déchirure du col. Trait. préparatif pour l'opération. (Amer. journ. of obstetrics. 1876.)

Sutton. — Laréiation du col de l'utérus. Med. rec. New-York, 1880.)

Swayne, — Sur le trait. des lacérat. du col, (Obst. journ. of great Britain and Ireland. 1880.)

Terrillon. — Traitement de la métrite chronique parenchymateuse par les scarifications du col. (Arch. de toc. 1881.)

Terrillon et Lermoyez. — Considérations sur l'ectropion du col de l'utérus et l'opération d'Emmet.

Tédenat. — De la déchirure du col de la matrice, etc. (Montp. 1883.)

VILLEMIN. — De la métrite puerpérale idiopathique. (Arch. génér. de médecine, 1847. T. XV.)

VULLIET. — Douze cas da trachélorrhaphie. (Arch. de tocol. 1884.)

VAN DE WARKER. — Analyse de 31 opérations pour remédier à la lacération du col. (Amer. journ. obstetrics, 1883.)

— Etiologie des lacérations du col. (Amer, journ. of obst. New-York, 1882.)

WALTON. — De l'hystéro-trachélorrhaphie ou opération d'Emmet. Acad. royale de médecine de Belgique. Bruxelles, 1881.)

WYLIE. — Observations sur la lacération du col, son étiologie, sa pathologie, sa prophylaxie et son traitement. (Amér. journ. of obst. 1882.)

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !